

Année 1954

N°

T H E S E

pour le

455

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

C E R I S E L Jacqueline

née le 27 Juin 1927

à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le :

" P R O B L E M E S M E D I C O - S O C I A U X
P O S E S P A R L E S T O X I C O M A N I E S "

Président : Monsieur PIEDELIEVRE, Professeur.

100-10000

100-10000

100-10000

100-10000

100-10000

100-10000

100-10000

100-10000

100-10000

100-10000

100-10000

100-10000

100-10000

100-10000

100-10000

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : CERISEL

Prénoms : Jacqueline

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

CERISEL (Jacqueline)
Problèmes médico-sociaux
posés par les toxicoma-
nies -
Paris, Ed.A.G.E.M.P.1954
in 4°, 47 p.,dont 5 pl.
(Th.Méd. (Et.) Paris 1954
n°)

2

CERISEL (Jacqueline)
Problèmes médico-sociaux
posés par les toxicoma-
nies -
Paris, Ed.A.G.E.M.P.1954
in 4°, 47 p.,dont 5 pl.
(Th.Méd. (Et.) Paris 1954
n°)

3

CERISEL (Jacqueline)
Problèmes médico-sociaux
posés par les toxicoma-
nies -
Paris, Ed.A.G.E.M.P.1954
in 4°, 47 p.,dont 5 pl.
(Th.Méd. (Et.) Paris 1954
n°)

4

CERISEL (Jacqueline)
Problèmes médico-sociaux
posés par les toxicoma-
nies -
Paris, Ed.A.G.E.M.P.1954
in 4°, 47 p.,dont 5 pl.
(Th.Méd. (Et.) Paris 1954
n°)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1954

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

C E R I S E L Jacqueline

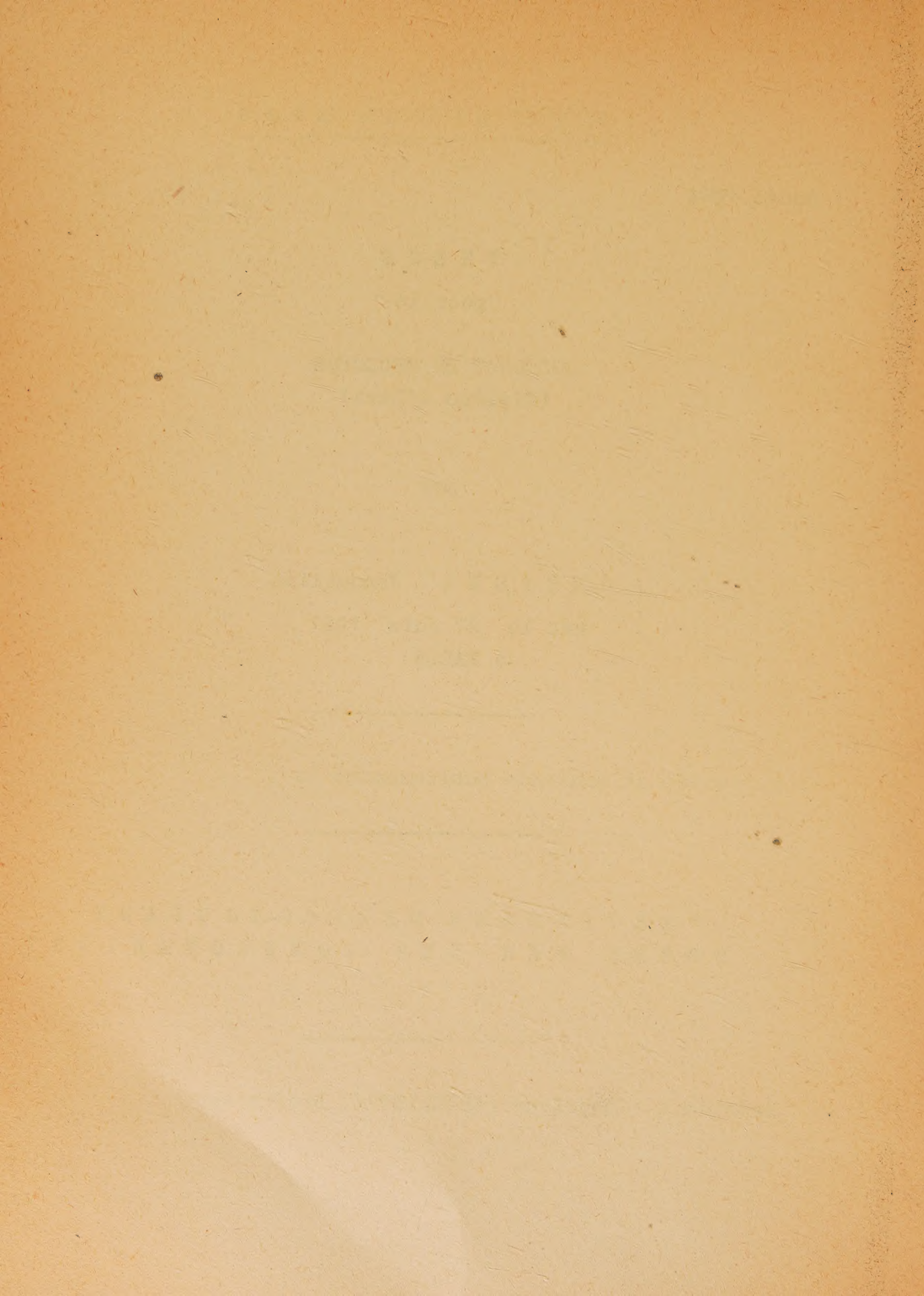
née le 27 Juin 1927

à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le :

" P R O B L E M E S M E D I C O - S O C I A U X
P O S E S P A R L E S T O X I C O M A N I E S "

Président : Monsieur PIEDELIEVRE, Professeur.



DOYEN HONORAIRE :

M. Baudoin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudoin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H), Guillain, Harvier, Laubry, Lemaître, Lemierre, Lhermitte Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier, Ombredanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET, Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	PCOLONOVSKI (M.)
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales ... (Broussais	D'ALLAINES
(Salpêtrière	MONDOR (H.)
(Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGCS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux ...	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
(Hôtel-Dieu	BENARD (H.)
(Bichat	LAROCHE (G.)
Cliniques médicales (Cochin	MOREAU (R.)
(Broussais	DE GENNES

MM.

Clinique médicale d'hydro-climatologie	
thérapeutique.....	JUSTIN-BESANCON. (L.)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR-VALLERY-RADOT. (L.)
(Tarnier.....)	LANTUEJOUL. (P.)
Clinique obstétricales....	(Baudelocque..LEVY-SOLAL. (E.)
(Port-Royal...)	LACOMME. (M.)
Clinique ophtalmologique.....	VELTER. (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	AUBIN. (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes	
alimentaires (chaire à titre personnel).	RICHET. (C.)
Clinique psychiatrique infantile.....	HEUYER. (C.)
Clinique rhumatologique.....	COSTE. (F.)
Clinique stomatologique.....	DECHAUME. (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SENEQUE. (J.)
Clinique thérapeutique médicale.....	CHABROL.
Clinique urologique.....	FEY. (B.)
Embryologie.....	GIROUD. (A.)
Génétique.....	LAMY. (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MOUQUIN. (M.)
Histologie.....	CHAMPY. (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance.	CATHALA. (J.)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON. (C.)
Médecine du travail.....	DESOILLE. (H.)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE. (R.)
Parasitologie et histoire naturelle	
médicale.....	GALLIARD. (H.)
Pathologie chirurgicale.....	MENEGAUX. (G.)
Pathologie exotique.....	LAVIER. (G.)
Pathologie expérimentale et comparée....	LENEGRE. (J.)
Pathologie médicale.....	BARIETY. (M.)
Pathologie et thérapeutiques générales..	DE GENNES. (L.)
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD. (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre	
personnel).....	DOGNON. (A.)
Physiologie.....	BINET. (L.)
Physique médicale.....	STROHL. (A.)
Radiologie médicale.....	DESGREZ. (H.)
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET. (P.)
Thérapeutique.....	TURPIN. (R.)

II.-PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie.....	(DEBEYRE. (J.)
	(DELMAS. (A.)
Anatomie pathologique.....	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P.) Pr.s.ch.
	(BUSSER. (F.)

Bactériologie.....	(FASQUELLE. (R.) (NEVOT. (A.)
Biologie médicale.....	BOURLIERE. (F.) (SETTORI. (J)Fr.s.ch.
Chimie médicale.....	(JAYLE. (M.F.)Pr.s;ch. (SCHAPIRA. (G.)
Dermato-syphlographie.....	N... (DESCLAUX. (P.)
Histologie.....	(BULLIARD (H) Pr.s.ch. (COUJARD. (R.)
Hydrologie.....	DEBRAY. (C.)
Hygiène.....	(BOYER (DEPARIS (M.)
Médecine légale.....	)DIROBERT. (L.))GAULTIER. (M.)
Neuro-chirurgie.....	N...
Neurologie.....	SEZE. (S.de) (GRASSET. (J.) (LEPAGE. (F.)
Obstétrique.....	(MAYER. (M.) (MERGER. (R.) (RAVINA. (J.) (VARANGOT. (J.)
Ophtalmologie.....	(OFFRET. (G.) (DESVIGNES. (P.)
Oto-rhino-laryngologie.....	(HALPHEN. (E)Pr.s. ch. (MADURO. (R.)
Parasitologie.....	(BRUMPT. (L.)
Parasitologie coloniale.....	(CHABAUD.
	(ABOULKER. (P.) (BAUMANN. (J.) (GOSSET. (J.)
Pathologie chirurgicale.....	(HUGUIER. (J) (LAURENCE. (G.) (LEGER. (L.) (OLIVIER. (CI.) (PADOVANI. (P.)
	(POILLEUX. (M.)
Pathologie chirurgicale.....	(ROUX. (M.) (RUDLER. (J.C.) (VERNE. (J.M.)
Pathologie expérimentale.....	MERKLEN. (P.)

	(BERNARD. (J.)
	(BOUDIN. (G.)
	(CASTAIGNE. (P.)
	(CONTE. (M.)
	(DECOURT. (J.)
	(DOMART. (A.)
	(DREYFUS. (Gilbert)
	(FAUVERT. (R.)
Pathologie médicale.....	(HAMBURGER. (J.)
	(KOURILSKY. (R.)
	(MILLIEZ. (P.)
	(PERRAULT. (M.)
	(RALBERT. (P.)
	(THIEFFRY. (St.)
	(TUKIAF. (J.)
	(N....
	(N....
	(N....
Pédiatrie.....	(LAPLANE. (R.)
	(MARIE. (J.)
Pharmacologie.....	(LEVY. (Melle J.) Pr.s.ch.
	(CHEYMOL. (J.H.) Pr.s.ch.
Physiologie.....	(BARGETON. (D.) Pr.s.ch.
	(PARROT. (J.L.)
Physique médicale.....	(DJOURNO. (A.)
	(GOUGEROT. (L.)
Psychiatrie.....	BARUK. (H.)
Psychiatrie infantile.....	MICHAUX. (L.)
Stomatologie.....	CHAPUT. (Mme A.)
Thérapeutique.....	PERRAULT.
	chargé de l'enseignement
Urologie.....	KUSS. (R.)

III-PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BRINDEAU. (A.) (Obstétrique), G. TELLIER. (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORRIER. (V.) (Obstétrique), VAUDESC. L. (R.) (Obstétrique).

IV- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

Clinique chirurgicale..... (AMELINE. (A.)
(PATEL. (J.)
(SICARD. (A.)

Clinique médicale..... (BOULIN. (R.)
(BROUET. (G.)
(CACHERA. (R.)
(GARCIN. (J.)
(HAGUENAU. (M.)
(MARCHEL. (G.)
(SOULIE. (E.)

Clinique obstétricale..... (DIGONNET. (L.)
(EGALLE. (G.)

Clinique ophtalmologique..... RENART. (G.)

Clinique urologique..... COUVELLAIRE. (R.)

MM.

Secrétaire de la Faculté..... MOREL. (J.)
Secrétaire-adjoint..... Melle CHANTREUIL (G.)

Conservateur..... Docteur HAHN. (A.)
Bibliothécaires..... M. DOULE. (G.), Mlles DUMITRE. (P.)
GOICHON. (A.-M.), LE NOIR. (G.), METIN. (F.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé PIEDELIEVRE

qui nous a fait l'honneur de
présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé DEPARIS

en reconnaissance de ses précieux
conseils.

A tous mes Maîtres.

PROBLEMES MEDICO-SOCIAUX POSES PAR LES TOXICOMANIES

INTRODUCTION

Sur les conseils de notre Maître Monsieur le Professeur PIEDELIEVRE, nous avons envisagé d'étudier quelques-uns des problèmes médico-sociaux posés par les toxicomanies.

Nous envisagerons ici les toxicomanies aux stupéfiants naturels : opium, morphine, héroïne, chanvre indien, cocaïne, et aux stupéfiants de synthèse. Nous envisagerons également les barbituriques et les amines sympathomimétiques utilisés pour des toxicomanies primaires ou comme produits de remplacement.

Les toxicomanies "mineures" telles que le tabagisme et le caféisme, très répandues en France, mais ne causant que des troubles minimes chez certains prédisposés, ne seront pas traitées.

Enfin, "l'alcoolisme" restera en dehors du cadre de cette étude, bien qu'il ait pris en France une place prépondérante et qu'il soit devenu un véritable fléau social. Dans notre pays, en effet, l'alcoolisme atteint un nombre d'individus bien plus considérable que celui des toxicomanes.

Les toxicomanies varient avec les différentes races suivant leur tendance :

- les Occidentaux utilisent l'alcool,
- les Américains du Sud mastiquent la feuille de coca,
- les Orientaux fument l'opium.

I :) DEFINITIONS ET GENERALITES :

1/ DEFINITION DES TOXICOMANIES ET CARACTERISTIQUES :

On s'est efforcé maintes fois de donner une définition exacte et explicite des toxicomanies. Le Professeur A. POROT écrit :

" La toxicomanie est une appétence anormale et prolongée, manifestée par certains sujets pour des substances toxiques dont ils ont connu accidentellement ou recherché volontairement l'effet sédatif, euphorisant ou dynamique; appétence qui devient rapidement une habitude tyrannique et qui entraîne presque inévitablement l'augmentation des doses."

L'Office Mondial de la Santé propose la définition suivante :

"La toxicomanie est un état d'intoxication périodique ou chronique, nuisible à l'individu et à la Société, engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique."

Ses caractéristiques sont :

- 1°) - un invincible désir ou un besoin de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens.
- 2°) - une tendance à augmenter les doses.
- 3°) - une dépendance d'ordre psychique (psychologique) et parfois physique à l'égard des effets de la drogue.

La dépendance psychique semble être le trait essentiel de la toxicomanie, comme l'indique P.O. WOLFF :

"Les véritables drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie, sont douées de la propriété de rendre toxicomane toute personne qui les consomme assez longtemps à des doses assez fortes; c'est ainsi que quiconque utilise régulièrement de la morphine pendant une certaine période - même le sujet le plus sain, aussi bien physiquement que psychiquement - ne peut éviter d'éprouver le besoin impératif de recourir à la morphine. Si dans certains cas, grâce à une constitution mentale très saine du sujet, les phénomènes de fixation psychiques ne se produisent pas ou, tout au moins, se développent à un degré moindre, il s'établit cependant un assujettissement corporel qui oblige à continuer les injections jusqu'à ce qu'un traitement "lege artis" soit institué. Dans ce cas où le constituant psychique de la toxicomanie est inexistant ou presque inexistant, il convient de parler d'une maladie chronique due à la morphine, et non d'une toxicomanie proprement dite, parce qu'il n'y a pas cette manifestation de dépendance psychique qui est aujourd'hui considérée comme le trait essentiel de la toxicomanie."

L'usage prolongé des stupéfiants amène le malade à augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets. Cette accoutumance est :

- 1°) - progressive, nécessitant une sorte d'entraînement.
- 2°) - relative : l'organisme reste toujours sensible à un excès éventuel de toxique.
- 3°) - temporaire : elle disparaît quand on cesse de l'entretenir

L'accoutumance n'est pas un caractère commun à toutes les toxicomanies :

"Elle est un état d'adaptation de l'organisme à un toxique déterminé - adaptation telle que le sevrage crée l'état de besoin."

... l'état de besoin est donc la conséquence et le signe de l'accoutumance dont le sevrage est le test révélateur."
(Professeur HEUYER et L. MICHAUX)

L'état de besoin n'apparaît pas seulement quand les doses du toxique sont diminuées ou supprimées, mais aussi quand elles ne peuvent être augmentées, car les besoins de l'organisme intoxiqué vont progressivement en croissant.

L'opium, la morphine et ses dérivés créent l'état de besoin le plus net. Il se traduit par des troubles physiques et psychiques.

- parmi les troubles physiques :

- déséquilibre sympathique - sueur - tachycardie -
- mydriase - polypnée - diarrhée - vomissements -
- agitation - tremblements - insomnie et algies diverses

L'état de choc causé par la carence en toxique est plus ou moins marqué selon les sujets et selon les degrés de toxicomanie.

Si le sevrage est brusque, le collapsus est plus important, la mort du malade a même été décrite.

- parmi les troubles psychiques :

- irritabilité - instabilité - angoisse et surtout amoralité : "tout est subordonné chez les morphinomanes à l'obtention du toxique."

L'état de besoin doit donc être différencié des simples réactions pénibles produites par la suppression brusque de substances utilisées par habitude (comme les barbituriques ou le tabac) mais n'engendrant pas une accoutumance réelle.

2/- DIFFERENTS TOXIQUES UTILISES PAR LES TOXICOMANES

EN FRANCE :

1°) L'héroïne :

Produite à partir de la morphine : chlorhydrate de diacetylmorphine.

C'est le plus dangereux des stupéfiants et le plus utilisé actuellement, car pendant la guerre, l'héroïne persiste sur la marché clandestin, tandis que dans le commerce pharmaceutique, l'approvisionnement en morphine devient difficile.

Les fraudes sont fréquentes : on ajoute du lactose, du bicarbonate de soude, de l'acide borique, etc...

Ces mélanges aboutissent à un pourcentage très bas d'héroïne dans les produits vendus, et produisent, lors des injections, des complications infectieuses.

2°) La morphine :

Stupéfiant euphorisant et analgésique central.

Avant la guerre de 1939-1940 la majorité des toxicomanes faisait usage de la morphine; actuellement, recul de la morphine au profit de l'héroïne.

L'héroïne et la morphine sont les stupéfiants les plus employés.

Ce sont ces deux produits qui donnent lieu à l'accoutumance la plus rapide et la plus nette.

3°) L'opium :

Connu dès l'antiquité en Egypte et en Perse puis en Extrême Orient (intoxication chronique à partir du XVI^e siècle); il apparaît en Europe au XIX^e siècle.

C'est un stupéfiant euphorisant, peu employé en France. Le nombre des fumeurs d'opium diminue durant la guerre de 1939: ils deviennent morphinomanes ou héroïnomanes.

Actuellement, la reprise des relations économiques avec l'Extrême-Orient fait réapparaître quelques cas d'intoxication par l'opium. Les adeptes de l'opium "fumé" sont surtout représentés en France par des Asiatiques fixés dans notre pays ou riches oisifs qu'un séjour en Orient a mis en contact avec l'opium.

4°) Le laudanum :

Utilisé surtout pendant la guerre, et avant qu'une réglementation plus sévère soit établie.

5°) Le Chlorhydrate de Dihydrooxycodéine :

Dérivé de la codéine. (noms de spécialité : Eubine, Eucodal etc...)

Les doses employées atteignent plusieurs grammes.

L'accoutumance est rapide, mais l'état général moins altéré qu'avec d'autres stupéfiants.

6°) La cocaïne :

Utilisée en Amérique, en Extrême-Orient.

En Europe : en 1910, elle est fabriquée dans des usines allemandes, puis on la trouve en France, en Italie, en Angleterre, en Belgique...

Elle produit une action excitante sur le système nerveux (centres psychiques et sensoriels) dans une première phase, puis une action dépressive. La cocaïne est souvent sophistiquée avec de la craie, du lactose, du bicarbonate de soude.

Elle est en nette régression actuellement, et en France, il n'y a que très peu de toxicomanes utilisant cette drogue.

(La mastication de la feuille de coca, pose , par contre, un problème social en Amérique latine).

Association fréquente : héroïne - cocaïne.

Accoutumance rapide : dose de 0,05 à 6gr. par jour.

7°) Le chanvre Indien :

Son usage part de l'Asie Centrale, des Indes puis parvient en Turquie, en Turquie, en Égypte, en Afrique du nord, en Amérique centrale, aux U.S.A et au Canada récemment.

C'est un poison excitant puis dépressur (somnolence). Il produit des hallucinations sensorielles et sensibles et parfois des impulsions violentes.

Dans la métropole, le chanvre indien est utilisé par les Nord-Africains transplantés, qui reçoivent cette drogue dans les colis familiaux (quelques essais de culture de chanvre indien en France).

8°) Les stupéfiants synthétiques :

Comme le chlorhydrate de Péthidine, surtout. (spécialisé sous les noms de Démerol, Dolosal, Dolantine ...)

Ce sont des stupéfiants de remplacement introduits dans notre pays sous l'occupation.

Actuellement, ils deviennent de plus en plus nombreux et donnent naissance à des toxicomanies presque toujours d'origine médicale.

L'héroïne et la morphine leur sont souvent associées.

En France, les toxicomanies aux stupéfiants sont relativement rares et le nombre des cas reconnus ne représentant qu'un pourcentage des cas réels, il est assez difficile d'avoir une idée exacte des stupéfiants employés. Les statistiques données à ce sujet n'ont qu'une valeur d'indication.

Ainsi, sur 694 utilisations de stupéfiants, il y avait :

<u>Stupéfiants employés</u>	<u>Nombre de cas</u>		<u>Pourcentage</u>
- Héroïne	243	soit	35,2%
- Morphine	196	"	28,2%
- Chlorhydrate de Dihydrooxyco- déinone	80	"	11,5%
- Opium fumé	62	"	9
- Chlorhydrate de péthidine.	52	"	7,5
- Laudanum	31	"	4,4
- Cocaïne	21	"	3
- Chanvre Indien	9	"	1,2
	<u>694</u>		<u>100. -- %</u>

Sur 151 cas, une autre statistique mentionne :

<u>Stupéfiants employés</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Pourcentage</u>
- Héroïne.....	43	28%
- Morphine.....	43	28
- Opium fumé.....	23	15
- Cocaïne.....	16	10
- chlorhydrate de dihydro- oxycodéinone.....	10	6
- Chanvre indien fumé.....	5	3
- Laudanum injecté.....	5	3
- Méthyl-Phényl-Pipéridine.	6	3

A côté des toxicomanies aux stupéfiants inscrits au Tableau B, il existe des toxicomanies aux barbituriques et plus récemment aux amines sympathomimétiques.

1°) Les barbituriques :

Le barbiturisme existe depuis une quarantaine d'années.

Il est en rapport avec les conditions de la vie moderne entraînant du surmenage, de l'anxiété et surtout de l'insomnie.

Il existe actuellement de nombreux barbituriques inscrits au Tableau C (gardénal - véronal - rutional - dial - somnifène, etc...)

Ils sont à l'origine des toxicomanies primaires, de substitution ou mixtes (gardénal-alcool, gardénal-morphine).

L'état de besoin n'est pas très marqué (insomnie, anxiété légère).

L'accoutumance est faible : les doses employées ne varient que du simple au double.

2°) Les amines sympathomimétiques :

Inscrites au Tableau C, utilisées comme "stimulants", spécialisées dans le commerce sous les noms de Maxiton, Ortédrine, Phénédrine etc...

Elles donnent lieu à des toxicomanies primaires, chez les adolescents recherchant une stimulation physique ou intellectuelle (le plus souvent en vue d'examens) Absorption de 10 à 300 comprimés par jour.

ou à des toxicomanies de remplacement, chez les anciens toxicomanes qui emploient alors les amphétamines en injections. Avec ces substances apparaissent en France, les premiers cas de toxicomanie chez les sujets de moins de 20 ans.

(L'emploi d'éphédrine, produit sympathomimétique, a été signalé récemment).

DANS LES COLONIES FRANCAISES :

Les stupéfiants utilisés sont principalement :

- l'opium,
- le chanvre indien,
- et les drogues blanches apportées par les Européens (héroïne, morphine, cocaïne)

L'Extrême-Orient : consomme plutôt l'opium (fumé et parfois mangé).

L'Indochine est un pays de production où le trafic illicite est actif.

Les toxicomanies nombreuses s'intègrent dans les coutumes ancestrales.

L'Afrique du Nord : porte ses préférences sur le chanvre indien qui se fume dans des pipes ou se mange dans des confitures ou des pâtisseries contenant d'autres produits toxiques.

Au Maroc, l'usage du "Kif" crée un véritable problème social. Cette drogue ne paraît pas produire d'assuétude nette.

Quant à l'Afrique Noire, elle semble, jusqu'à maintenant, peu touchée par les toxicomanies.

3/ - VOIES D'INTRODUCTION DES TOXIQUES UTILISES :

1°) Voie parentérale :

- Injections S.C. - I.M. et I.V. surtout utilisées le plus fréquemment dans notre pays pour de nombreux stupéfiants : héroïne, morphine, laudanum, chlorhydrate de dihydrooxycodéinone, maxiton, cocaïne et stupéfiants synthétiques.
- Depuis 1940, la voie I.V. est très employée, d'emblée ou secondairement, surtout pour :
 - l'héroïne, la morphine et les stupéfiants de synthèse
 - la cocaïne a été aussi injectée par I.V. mais elle produit des accidents cardiaques douloureux, supprimés par l'héroïne, d'où : association héroïne-cocaïne.
 - le laudanum, fut utilisé depuis la dernière guerre d'abord en S.C. puis en I.V., car dans ces conditions il possède une action psychique à tendance euphorique persistant une heure ou deux. (Doses de 10 à 50gr par jour).
 - les amphétamines sont également employées en S.C. et en I.V. par les anciens toxicomanes.

Les raisons de l'emploi de la voie I.V., par exemple pour l'héroïne, étant :

- 1/ raréfaction de la drogue en ampoules
- 2/ notion inexacte d'action plus prolongée en I.V.
- 3/ recherche d'une action plus intense, mais de durée plus éphémère.
- 4/ action euphorique très rapide en I.V.

2°) Voie buccale :

- adoptée en Orient, en Asie Mineure, et surtout en Afrique du Nord par de nombreux mangeurs d'opium (en pilules, en résidus, ou dross).

Cette voie n'a été que peu employée en France, sauf avant la guerre par quelques buveurs de laudanum ou d'élixir parégorique.

L'opiophagie est plus nocive que l'inhalation de fumée d'opium. Le toxicomane absorbe beaucoup plus de morphine et les effets psychophysiologiques sont plus rapides et plus marqués.

Comme pour l'opium, il existe des mangeurs et buveurs de Chanvre Indien, spécialement en :

- Turquie
- Egypte
- Amérique centrale
- U.S.A. et Canada (récemment)
- enfin en Afrique du Nord (Kif)

Dans la métropole, cette pratique est rare et ne se rencontre que chez les sujets transplantés.

Par contre, les amphétamines et les barbituriques sont absorbées principalement per os.

3°) Prise nasale et Inhalation de fumée :

- a) cocaïne prisee
- b) héroïne parfois prisee ou fumée (boulettes)

Dans le bassin méditerranéen et l'Extrême-Orient, l'héroïne peut remplacer les boulettes d'opium.

En Turquie : on a décrit des intoxications chroniques accidentelles chez les ouvriers employés à la fabrication d'héroïne, inhalant, à leur insu, des poussières d'héroïne.

c) respiration de fumée d'opium :

Les fumeurs d'opium deviennent de plus en plus rares en France. A Paris, en 1914, on dénombrait 1200 fumeurs clandestins. Actuellement, quelques cas réapparaissent surtout chez des sujets ayant séjourné en Extrême-Orient.

Si les fumeurs d'opium sont rares dans notre pays, par contre 400 millions d'Asiatiques fumeraient cette substance dans la Chine, l'Iran et les Indes. Le nombre de pipes fumées varie de 10 à 20 chez les petits fumeurs pour atteindre 90 et 100 pipes chez les grands fumeurs. Chacune d'elles contient environ 0,25cg d'opium, mais peu de morphine passe dans la fumée.

- d) Fumeurs de Haschich dans les mêmes pays que les mangeurs de haschich.

Cette pratique peu développée en France, n'est adoptée que par les Nord-Africains résidant dans la métropole.

- 4°) Voie rectale : peu fréquente (en lavement et en suppositoires)
- utilisée pour : opium, morphine et dérivés, dihydrooxycodéine et stupéfiants synthétiques (toxicomanies d'étiologie médicale).

Le chlorhydrate de Péthidine, en suppositoire, qui pendant une certaine période ne figura pas au tableau B, fut à l'origine du développement de toxicomanies.

En conclusion :

En France, la voie parentérale est la plus importante, la voie intraveineuse étant en progression.

On a même parlé du "complexe de la seringue".

Cette prédominance se retrouve dans la statistique suivante :

Sur 386 cas :	<u>Nombre de cas</u>		<u>Pourcentage</u>
- par injections	325	soit	84%
- voie nasale	27		7
- suppositoires	19		4,9
- per os	13		3,3
- lavements	2		0,5
	386		99,7 %

:--:--:--:--:--:--:

II:) INFLUENCE DES FACTEURS SOCIAUX SUR LES TOXICOMANES :

A/ FACTEURS D'ORDRE GENERAL :

1) Influence des guerres :

Si l'usage des stupéfiants est ancien, en Asie par exemple, dans nos pays, l'origine des toxicomanies semble dater des dernières guerres.

Ainsi en 1870, l'emploi de la morphine dans les hôpitaux a permis de soulager les douleurs des blessés, pendant qu'à l'arrière ce stupéfiant a servi quelquefois de somnifère à des névropathes.

Parmi ces derniers, et parmi les blessés traités par la morphine, quelques-uns sont devenus morphinomanes.

La première guerre mondiale a amené, elle aussi, une recrudescence des cas de toxicomanie.

La guerre de 1939 raréfia les drogues sur le marché clandestin et augmenta leur prix, bien que des dépôts militaires pillés facilitèrent l'approvisionnement en stupéfiants (Bulletin des stupéfiants).

Des analgésiques de remplacement apparurent alors sur le marché légal pharmaceutique. Ces produits de synthèse furent à l'origine de toxicomanies nouvelles, bien qu'au début de leur vente, ils fussent réputés ne pas engendrer d'accoutumance.

2) Influence des grands centres urbains :

En Chine, en Amérique latine, en Egypte, les toxicomanies atteignent les paysans comme les citoyens; toutes les classes même les plus pauvres sont touchées.

Dans notre pays, au contraire, les sujets intoxiqués ne se rencontrent que dans les grands centres urbains.

Une statistique, fournie par l'O.M.S. donne pour l'Allemagne :

- à Berlin	1,91%	d'intoxiqués
- à Hambourg	1,26	"
- à Munich	1,13	"
- dans les petites villes	0,20%	d'intoxiqués

En France, sur 768 toxicomanies détectées, de 1945 à 1953, il y en a 57% dans le département de la Seine.

Dans cette répartition géographique, on peut voir l'influence néfaste de la vie urbaine sur le système nerveux et le rôle du prosélytisme servi par une plus grande facilité d'approvisionnement.

B/ FACTEURS D'ORDRE INDIVIDUEL

1) Influence du sexe :

Comme nous l'avons vu, les statistiques concernant les toxicomanies sont peu nombreuses. Elles ne concernent qu'un pourcentage restreint d'intoxiqués, dont le nombre réel est impossible à évaluer avec exactitude. On ne peut donc en tirer des conclusions formelles.

Dans les 768 cas, il y avait :

- 412 femmes, soit 53,6%
- 356 hommes " 46,3%

c'est à dire à peu près autant d'hommes que de femmes.

A l'opposé, dans les pays où les toxicomanies sont très répandues et font partie des coutumes, le nombre des femmes intoxiquées est très inférieur à celui des hommes.

Au Pérou, par exemple, il y a approximativement 60% de la population masculine et 20% seulement de la population féminine qui mastiquent la feuille de coca.

2) Influence de l'âge :

En France, sur les 687 cas étudiés en 1950, l'âge n'a été révélé que 426 fois.

<u>Age</u>	<u>Nombre</u>	<u>Pourcentage</u>
Moins de 20 ans	1	0,20%
de 20 à 24	15	3,50
de 25 à 29	47	11
de 30 à 34	55	12,9
de 35 à 39	80	18,7
de 40 à 44	67	15,7
de 45 à 49	66	15,4
de 50 à 54	39	9,10
de 55 à 59	23	5,3
de 60 à 64	17	3,9
de 65 à 69	11	2,6
de 70 à 79	5	1,1
de 80 ans et plus	0	0
	426	99,5%

Pour tenir compte de la répartition inégale de la population dans les différentes tranches d'âge, il faut apporter un correctif à ces chiffres.

Les résultats sont alors :

<u>Age</u>	<u>Pourcentage</u>
Moins de 20 ans	négligeables
de 20 à 24	2,7%
de 25 à 29	11,6
de 30 à 34	12,6
de 35 à 39	16,4
de 40 à 44	13,6
de 45 à 49	14,8
de 50 à 54	10,4
de 55 à 59	6,6
de 60 à 64	5,4
de 65 à 69	4
de 70 à 79	1,5
de 80 ans et plus	0
	99,6%

Ces chiffres prouvent que la toxicomanie n'existe pas en France chez les individus de moins de 20 ans.

Tandis qu'une chute assez rapide s'observe après l'âge de 60 ans, ce qui laisse supposer que la mortalité doit être élevée parmi les intoxiqués, dont beaucoup sont atteints d'affections graves.

Il existe deux pointes :

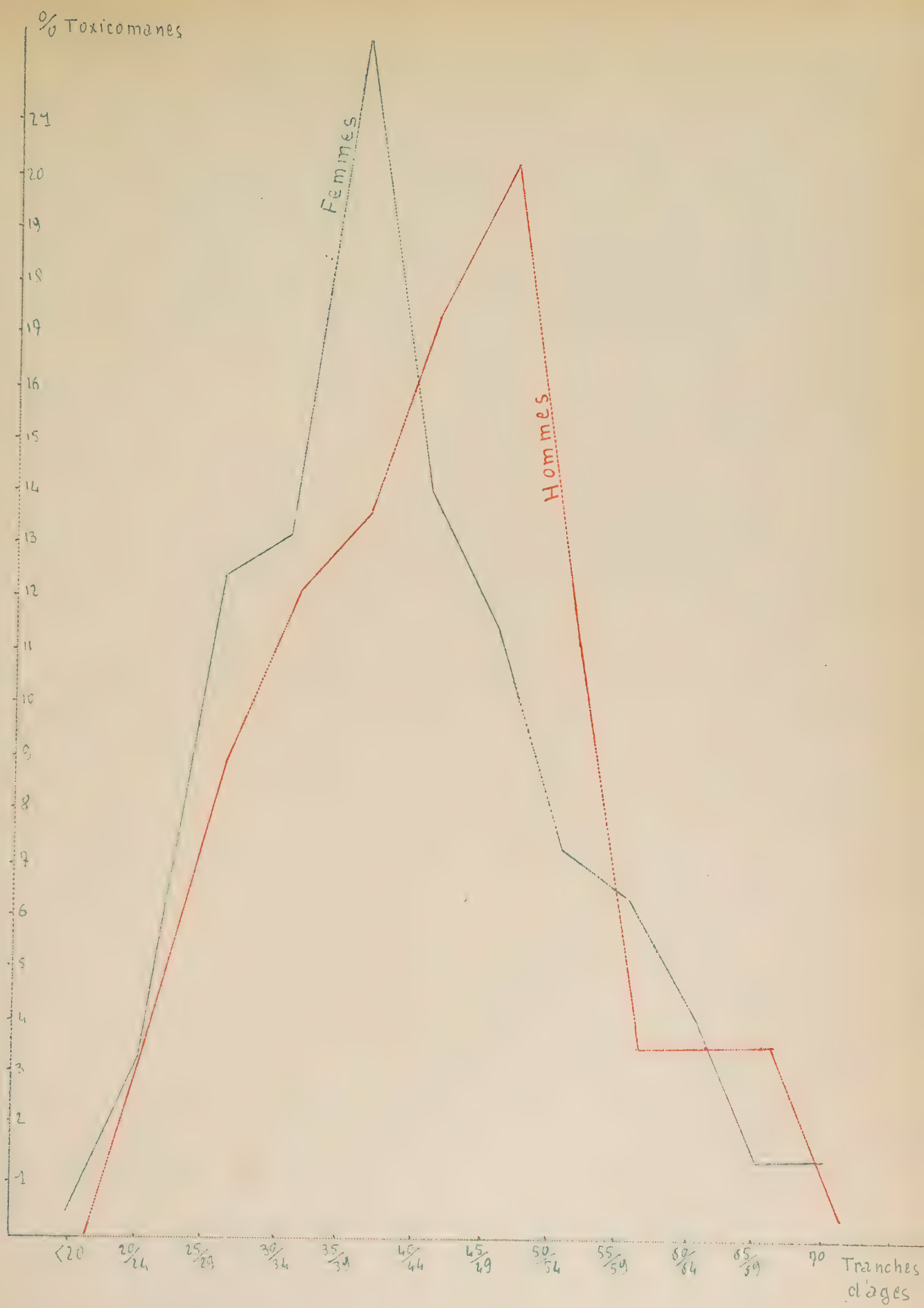
- de 35 à 39 ans chez les femmes
- de 45 à 49 ans chez les hommes

donc un décalage de 10 ans existe entre les deux sommets. Ce décalage peut être attribué :

- à la précocité de certaines maladies graves et douloureuses chez la femme
- ou à la précocité de sa maturité intellectuelle

Des courbes semblables ont été établies en 1953 sur 400 femmes et 344 hommes toxicomanes détectés à Paris et dans le département de la Seine.

Si les sujets de moins de 20 ans ne s'adonnent pas aux stupéfiants, les toxicomanies aux amphétamines, par contre, sont l'apanage de sujets jeunes, des adolescents, étudiants pour la plupart, qui se dopent en vue d'un examen. C'est dans notre pays, le seul exemple d'intoxication qui se soit développé chez la jeunesse. Il n'en est pas de même dans



d'autres régions, en particulier aux Etats-Unis, où le nombre des toxicomanies parmi les individus de moins de 20 ans a inquiété les autorités compétentes.

Enfin, une comparaison des courbes de répartition par âge en France et au Canada, montre dans les deux pays un décalage de 10 ans entre les sommets des courbes concernant les hommes et les femmes, mais les pointes sont entre :

- 25 et 29 ans pour les femmes
- 35 et 39 ans pour les hommes

donc par rapport à la France, une différence de 10 ans.

3) Influence de l'hérédité :

Trop peu de données permettent de déduire l'importance de l'hérédité dans la toxicomanie. Toutefois, certains auteurs admettent une plus grande fréquence d'intoxication chez les descendants de toxicomanes. Il s'agit peut être là d'une hérédité psychopathique ayant favorisé ensuite le développement de la toxicomanie.

4) Influence des Professions :

Sur 677 cas étudiés en 1950. :

- | | | |
|------------------------------------|-----|-------------------------|
| - sans profession | 374 | soit 64% |
| - professions libérales | 87 | (dont 32 ar-
tistes) |
| - médecins | 75 | |
| - salariés | 74 | |
| - professions commerciales | 28 | |
| - professions para-médicales | 25 | |
| - professions industrielles | 14 | |
| professions | | |

Parmi les 303/déterminées, les médecins et les artistes fournissent un fort pourcentage, surtout si on rapporte les chiffres obtenus à l'importance numérique de chaque catégorie

La statistique ci-dessus concerne l'ensemble de la France et on remarque qu'il n'y figure pas de paysans.

Par contre, dans les villes apparaissent quelques cas de toxicomanies dans les classes pauvres (74 salariés).

A Paris, de 1945 à 1953, l'examen de 412 cas chez les femmes montrait :

- sans profession 253
dont : prostituées : 90
non mariées : 50
mariées : 113

	report	253
- professions déterminées		149
professions indéterminées		10
		412

Parmi les 149 cas déterminés :

- milieu médical : 39	(femmes de médecin	10
	(fille de médecin	1
	(femme de pharmacien	1
	(médecins	2
	(infirmières	15
	(garde-malades	4
	(secrétaires médicales	2
	(sages-femmes	2
	(assistantes sociales	2
	artistes	70
	commerçantes	21
	employées	19
	professions libérales	12
	femmes de ménage	8
	tenancières de café	5
	ouvrières	5
		149

D'après ces 412 cas observés, le nombre de toxicomanes sans profession semble donc le plus important, mais il faudrait connaître la proportion de femmes qui travaillent avant de pouvoir en tirer cette conclusion.

A noter également, la grosse proportion de femmes appartenant au milieu médical ou artistique qui abusent des stupéfiants (109 cas sur 412 décelés).

Parmi les 253 femmes n'ayant pas de profession, on remarque :

- 100 récidivistes, soit 38%
- et 41 toxicomanes trafiquantes, soit 18%

Sur 149 femmes exerçant un métier, il n'y a que :

- 38 récidivistes, soit 25%
- et 9 trafiquantes, soit 6%

L'oisiveté semble donc favoriser le développement de la toxicomanie. Les mêmes constatations s'établissent chez les hommes :

Sur 356 cas à Paris :

- sans profession	100
- profession indéterminée	10
- professions déterminées	246

On retrouve encore l'important pourcentage des toxicomanes appartenant aux milieux : médical, para-médical, et artistique:

- docteurs en médecine	56	soit plus de 15%
- professions para-médicales	12	
- artistes	40	
- commerçants	30	
- employés	26	
- industriels	23	
- professions libérales	18	
- ouvriers	12	
- militaires	11	
- garçons de café, d'hôtel	9	
- étudiants	5	
- propriétaires agricoles	4	

246

Dans les 100 cas sans profession, il y a :

- 51 récidivistes, soit 51% et 41 toxicomanes trafiquants, soit 41%

Dans les 246 cas où la profession est déterminée, on ne rencontre que :

- 47 récidivistes, soit 19% et 12 trafiquants, soit 5% seulement.

Huit fois moins que chez les oisifs qui trouvent dans le commerce illicite des stupéfiants l'argent nécessaire à leurs besoins personnels en drogue.

Pour terminer cette analyse des professions, il faut insister sur le nombre proportionnellement élevé de toxicomanies parmi les médecins. Les causes en sont multiples : surmenage, facilité d'obtention de la drogue et recours fréquent à celle-ci.

Ainsi le bulletin des stupéfiants de l'O.M.S. d'octobre 1952, indiquait qu'il existait en Allemagne 109 cas d'intoxication sur 10.000 médecins, proportion qui s'élève chez les spécialistes des maladies nerveuses et mentales à 229 sur 10.000.

5) Sources d'approvisionnement :

L'approvisionnement en stupéfiants s'opère :

- 1°) au marché licite , à l'aide d'ordonnances médicales
- 2°) au marché illicite ravitaillé par les trafiquants.

Pour se procurer des drogues au marché licite, les toxicomanes usent de divers stratagèmes :

a) consultations simultanées de plusieurs médecins :

C'est le procédé le plus employé, actuellement considéré comme un délit par l'Art. 50 du décret du 19 novembre 1948:

"Il est interdit à toute personne déjà pourvue d'une prescription comportant une ou plusieurs substances inscrites au Tableau B, de recevoir pendant la période de traitement fixé par cette prescription une nouvelle ordonnance comportant des substances du Tableau B, sans qu'elle ait informé de la ou des précédentes prescriptions le nouveau praticien. Ce dernier mentionne sur la nouvelle ordonnance qu'il a pris connaissance de la ou des précédentes prescriptions."

b) fausses ordonnances :

établies ou falsifiées par les toxicomanes. L'usage du Carnet à souches diminue considérablement cette pratique.

c) prescriptions médicales irrégulières :

- complaisances médicales
- infraction à la réglementation

d) ordonnances fictives pour malade fictif :

par médecin toxicomane les utilisant à son profit

e) approvisionnement pour usage professionnel :

renouvelé fréquemment par médecin toxicomane

f) ordonnances obtenues pour "fausses" cures de désintoxication

g) délivrance irrégulière par pharmaciens, ou personnel hospitalier (cas rare)

Statistique donnée dans les Annales pharmaceutiques françaises (1950) sur 774 sources d'approvisionnement désignées :

- 271 cas de trafic illicite
- 503 cas ravitaillés par le marché licite; parmi ceux-ci :
 - consultations simultanées de Médecins 160
 - fausses ordonnances 132
 - prescriptions médicales irrégulières 108
 - ordonnances fictives 51
 - approvisionnement pour usage professionnel ... 28
 - fausses cures de désintoxication 15
 - délivrance irrégulière par les pharmaciens.... 5
 - délivrance irrégulière par les préparateurs .. 3
 - fraude du personnel hospitalier 1

Ces chiffres, sans avoir de valeur absolue, puisqu'un grand nombre de cas (trafic illicite surtout) échappe à la statistique, montrent la grande importance du marché licite dans l'approvisionnement des toxicomanes.

Ceux qui ont une toxicomanie d'origine thérapeutique, se procurent presque toujours au marché licite les stupéfiants qu'ils considèrent comme des médicaments indispensables. D'où l'obligation pour les médecins de ne donner des produits du Tableau B qu'à bon escient, et lorsqu'ils sont irremplaçables.

Parfois les deux sources (marché licite et marché illicite) sont utilisées simultanément.

Il existe enfin, rarement, des vols par effraction dans les pharmacies.

C/ CAUSES DES TOXICOMANIES :

Ce chapitre peut se diviser en deux parties :

a) les origines d'ordre général, valables seulement dans les pays où l'usage des drogues est très répandu, comme en Extrême-Orient et en Amérique latine.

1°) La toxicomanie fait partie des coutumes ancestrales. Ainsi depuis de nombreuses années, les peuples de l'Asie Mineure consomment le Chanvre indien; les Chinois fument l'opium et aux Indes on l'utilise obligatoirement en maintes circonstances, lors des fêtes religieuses et des réjouissances familiales.

"Dans ces pays,"écrit le docteur A.POROT,"les toxicomanies sont avérées publiques, réglementée ; elles soulèvent des questions économiques et sociales qui élargissent le cadre de leur étude médicale."

2°) Dans ces mêmes pays, la misère sociale est souvent à l'origine de la toxicomanie; les drogues ont un effet compensateur; ceux qui les emploient espèrent apaiser, oublier un peu leurs souffrances.

En Chine, où les conditions d'habitation sont lamentables et les salaires insuffisants, l'opiomanie est très répandue dans les classes laborieuses.

L'opium sert de panacée universelle : la mère de famille qui doit travailler tout le jour, hors de son foyer, l'emploie pour endormir l'enfant qu'elle laisse sans garde à la maison.

Chez les Indiens du Pérou et de Bolivie, la mastication des feuilles de coca diminue la sensation de faim et de fatigue, toutefois, elle n'aboutit qu'à une mauvaise qualité de travail.Par l'effet engourdissant des stupéfiants, les populations défavorisées recherchent une délivrance momentanée des maux apportés par la vie quotidienne.

L'exemple de l'Egypte d'il y a une vingtaine d'années , illustre bien le rôle de la pauvreté dans le développement de la toxicomanie. Avant la guerre de 1914, les Egyptiens fumaient exclusivement de l'opium et du haschich sans que cela ait des conséquences par trop funestes.

En 1917, la cocaïnomanie commence à atteindre la bourgeoisie.

En 1927, une importante quantité d'héroïne et d'autres esters de la morphine passent en contrebande dans le pays.

Rapidement, l'emploi de ces drogues considérées comme aphrodisiaques, se répand parmi les fellahs, surtout ceux de 20 à 40 ans. Et cette véritable épidémie de toxicomanies s'explique facilement : pour l'Oriental pauvre et travaillant durement, le plaisir sexuel et l'attente d'une postérité restent les seules joies qu'il puisse s'offrir.

3°) Enfin, des causes d'ordre économique et politique, qui ne peuvent être qu'évoquées ici, interviennent également.

La surproduction en stupéfiants dans certaines contrées du globe a pour conséquence une véritable saturation en drogue de la population

Les stupéfiants ont été utilisés aussi pour obtenir la déchéance de l'adversaire.

b) Les origines individuelles des toxicomanies :

En France, les toxicomanies sont "isolées" et ne répondent pas aux causes d'ordre général énoncées plus haut.

Pour chaque cas, il existe des facteurs particuliers multiples. Il faut d'abord mentionner le rôle de la douleur :

1°) Douleur physique :

Les affections chroniques douloureuses de la vésicule biliaire, de l'estomac, du rein, les crises d'angor, d'asthme, certaines affections articulaires, diverses névralgies rebelles peuvent conduire les malades à faire un usage prolongé d'antalgiques inscrits au tableau B. Ces toxicomanies d'origine thérapeutique subsistent même si les phénomènes douloureux ont cessé.

La fatigue, le surmenage sont parfois à la base d'un usage abusif des drogues : l'individu épuisé veut se doper. Dans ce but, il prendra du maxiton et augmentera rapidement les doses.

Les conditions de la vie moderne entretiennent un état de surexcitation qui se manifeste chez de nombreux sujets par une fuite du sommeil. Parmi eux, il s'en trouvera qui auront recours aux barbituriques pour vaincre leur insomnie et quelques toxicomanies se développeront par la suite.

Le même résultat s'obtient avec les calmants opiacés.

Les douleurs morales sont également invoquées par les toxicomanes; elles sont variées : chagrins, deuils, échecs de tous genres, déceptions sentimentales, etc...

A ce sujet, la statistique portant sur 412 cas de toxicomanie à Paris depuis 1945, insiste sur le pourcentage élevé de divorcées parmi ces intoxiquées : 104 cas, soit 25%.

- 2°) Les inadaptés sociaux, les découragés, chez qui existe un déséquilibre entre les besoins d'action et les possibilités de réalisation, voient, sous l'effet des drogues, leurs sentiments d'infériorité s'effacer.
- 3°) Une autre catégorie d'intoxiqués est constituée par les vicieux, les désœuvrés, à la recherche de sensations nouvelles. Des écrivains, des artistes espèrent, avec l'aide des stupéfiants, stimuler leur esprit créateur ou faciliter leur travail intellectuel (cas peu nombreux).
- 4°) L'entraînement joue un grand rôle surtout dans certains milieux. Il fut un temps où 50% des prostituées de Montmartre consommaient de la cocaïne. Au début du XX^e siècle, il y eut une morphinomanie "mondaine" développée parmi des snobs.

Fréquemment les toxicomanes s'efforcent de recruter de nombreux adeptes, et le prosélytisme conjugal paraît important. Sur 768 cas, il fut relevé 61 couples de toxicomanes, soit 16% environ.

Ce fort pourcentage peut s'expliquer par l'impuissance sexuelle causée par les stupéfiants.

Les étiologies des toxicomanies apparaissent donc complexes; pour les réunir, on a d'ailleurs écrit :

" on entre dans la morphinomanie par la porte de la douleur,
" par celle de la volupté, par celle du chagrin et par celle
" de l'imitation."

Avant de clore ce chapitre évoquant les raisons de l'abus des drogues, il est utile d'envisager le rôle que joue la constitution mentale du sujet dans le développement de ces abus.

De nombreux auteurs attribuent à ce terrain psychique spécial une importance capitale; ils affirment que les toxicomanies s'installent avec bien plus de facilité chez les sujets mentalement "prédisposés" : anxieux, cyclothymiques, psychasthéniques, psychopates de tous genres, atteints de troubles de l'affectivité ou de la sexualité. Cette catégorie d'intoxiqués groupe avant tout des malades instables, des déséquilibrés psychiques, cédant plus aisément que les individus normaux au mirage des stupéfiants.

III:) REPERCUSSIONS MEDICO SOCIALES DES TOXICOMANIES

1/ IMPORTANCE DES TOXICOMANIES EN FRANCE - COMPARAISON AVEC L'ETRANGER :

Jusqu'à présent, la France reste peu touchée par la toxicomanie, mais l'incertitude règne sur le nombre exact de cas.

On les évalue approximativement, à quelques milliers.

D'après MM. VAILLE et STERN, on peut considérer que le nombre des toxicomanes recensés, représente une part très importante de ceux existant en France, car la sévérité de la réglementation française les amène tôt ou tard à commettre des délits pour satisfaire leur état de besoin. Comme l'approvisionnement des individus s'adonnant aux drogues se fait en partie par le commerce licite, de la diminution ou de l'augmentation de ce dernier, on pourra en déduire des variations semblables dans les cas de toxicomanies.

Avant la dernière guerre, la consommation moyenne française atteignait :

- 290 kgs pour la morphine
- 77 kgs pour l'héroïne
- 330 kgs pour la cocaïne

A partir de 1946, elle devient :

	<u>Morphine</u>	<u>Héroïne</u>	<u>Cocaïne</u>	<u>Péthidine</u>	<u>Dihydrooxycodéinone</u>
1946	370kgs	70kgs	-	-	83kgs
1947	361	30	-	177kgs	79
1948	206	24	176kgs	221	67
1949	134	24	86	238	55
1950	86	14	51	428	
1951	146	11	89	248	
1952	112	11	93	208	

On peut donc conclure que la consommation des trois principaux stupéfiants (morphine, héroïne, cocaïne) régresse par rapport à l'avant-guerre et à 1946.

Par contre, le chlorhydrate de Péthidine, stupéfiant synthétique, a subi de 1946 à 1950 une progression rapide maintenant stoppée grâce à la réglementation plus sévère concernant les suppositoires à base de ce produit.

La France est un des pays du monde qui consomme le moins de stupéfiants.

Rapportées au nombre d'habitants des différentes nations, les statistiques confirment cette donnée.

CONSOMMATION

POURCENTAGE EN KGS. PAR MILLION D'HABITANTS

Pays	Années	Morphine	Héroïne	Cocaïne	Péthidine
FRANCE	1949	3,23	0,57	2,05	5,68
	1950	1,64	0,27	0,97	8,18
	1951	2,76	0,21	1,68	4,88
	1952	2,11	0,21	1,75	3,92
TERRITOIRES non auto- mes de France	1949	0,35	0,03	0,23	0,13
	1950	0,04	0,01	0,14	0,01
	1951	0,17	0,02	0,21	0,07
	1952	0,07	-	0,14	0,07
VIETNAM	1949	-	-	-	-
	1950	0,35	0,09	0,26	0,62
	1951	0,35	0,13	0,09	0,35
	1952	0,44	-	0,12	0,32
ANGLETERRE	1949	17,34	2,71	4,41	12,06
	1950	16,98	2,27	4,18	15,21
	1951	19,91	2,38	4,14	17,51
	1952	15,36	1,79	3,29	18,61
AUTRICHE	1949	5,78		2,4	-
	1950	4,14		1,57	-
	1951	4,07		2,03	0,73
	1952	3,33		1,45	1,45
CANADA	1949	5,76	1,92	2,51	14,32
	1950	5,34	2,02	2,89	14,88
	1951	5,11	1,94	2,59	18,21
	1952	5,14	1,57	2,71	20,42
DANEMARK	1949	28,54	0,47	3,77	3,77
	1950	42,72	0,47	5,37	5,37
	1951	27,75	0,23	4,62	4,62
	1952	29,81	0,23	2,31	2,31

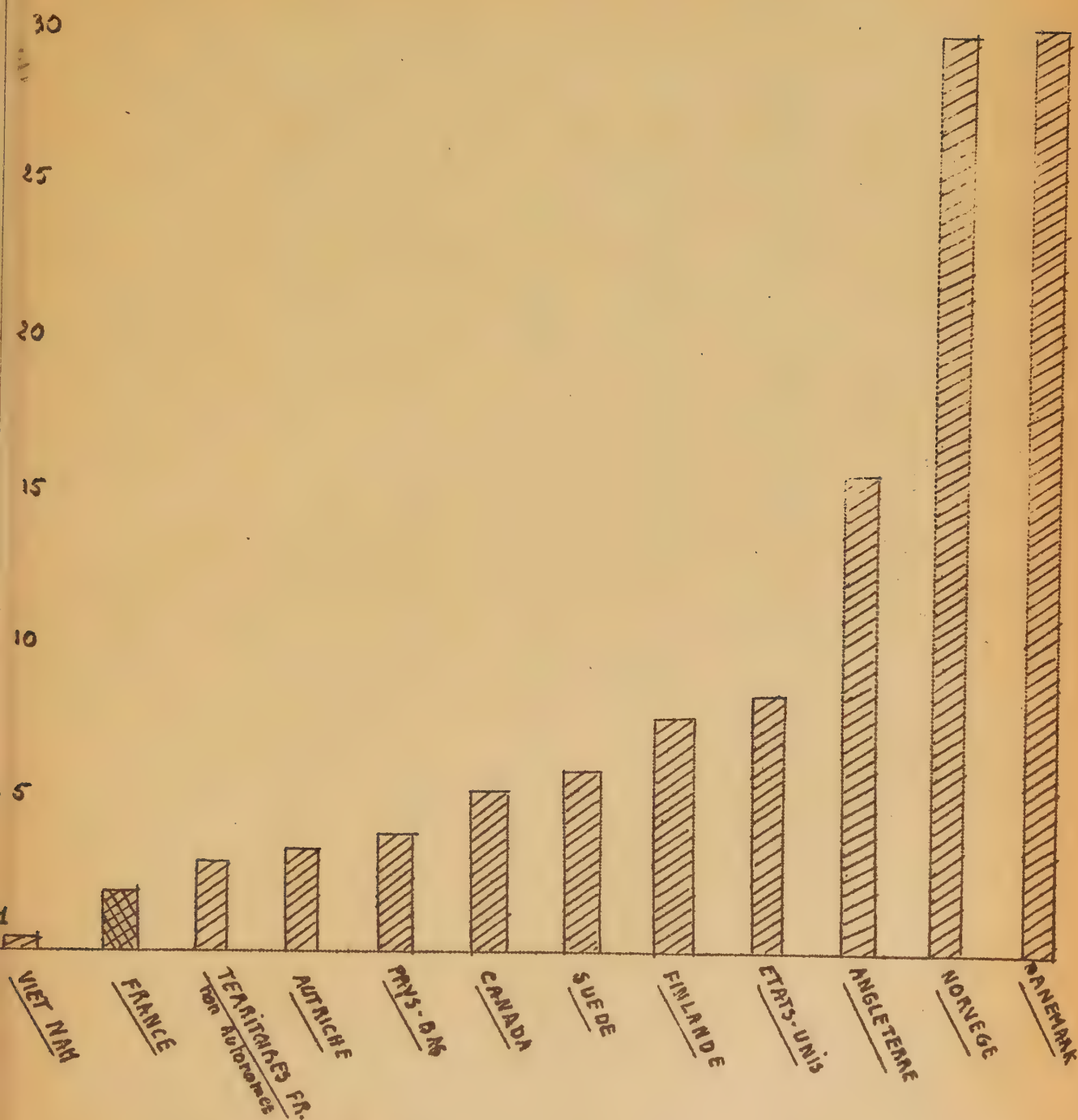
.../...

.../...

Pays	Années	Morphine	Héroïne	Cocaïne	Péthidine
ETATS-UNIS	1949	10,76		4,28	29,57
	1950	11,10		4,63	34,55
	1951	8,80		4,08	36,68
	1952	8,21		4,55	42,23
FINLANDE	1949	12,38	16,93	2,02	-
	1950	15,35	5,20	2,72	-
	1951	4,73	4,49	1,74	3,24
	1952	7,63	1,98	1,48	1,48
NORVEGE	1949	17,41		1,87	-
	1950	31,39		3,08	8,62
	1951	21,63		1,83	9,45
	1952	29,75		1,52	6,98
PAYS-BAS	1949	8,19	0,10	2,6	1,80
	1950	5,30		1,77	1,77
	1951	6,61		2,04	2,24
	1952	3,70		1,56	2,83
SUEDE	1949	9,10	2,02	2,45	8
	1950	9,88	2,29	2,58	8
	1951	11,78	2,41	1,7	10
	1952	5,80	1,56	1,98	3

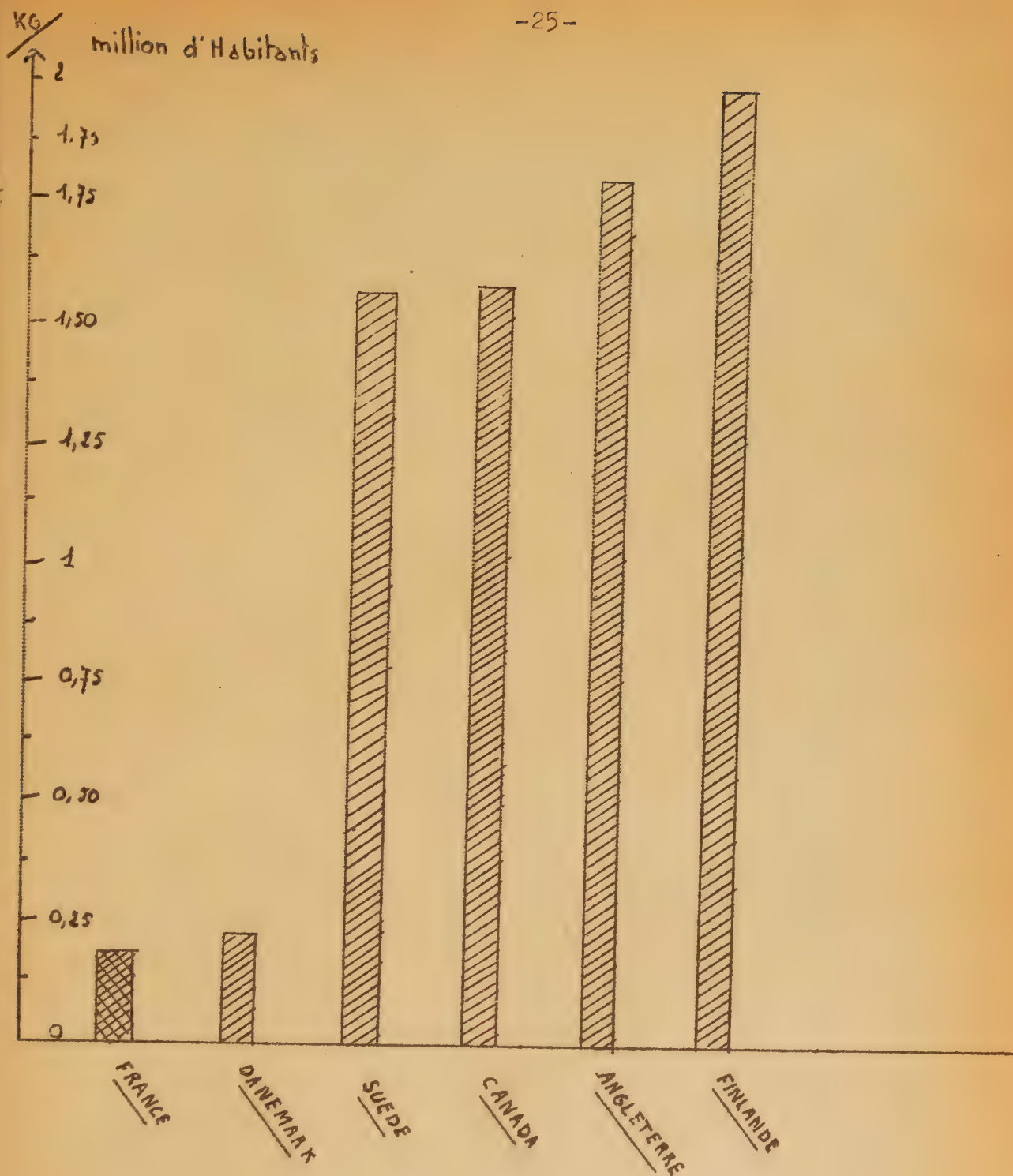
million d'Habitants

-24-



CONSOMMATION DE MORPHINE - en Kg./ MILLION D'HABITANTS

ANNEE 1952

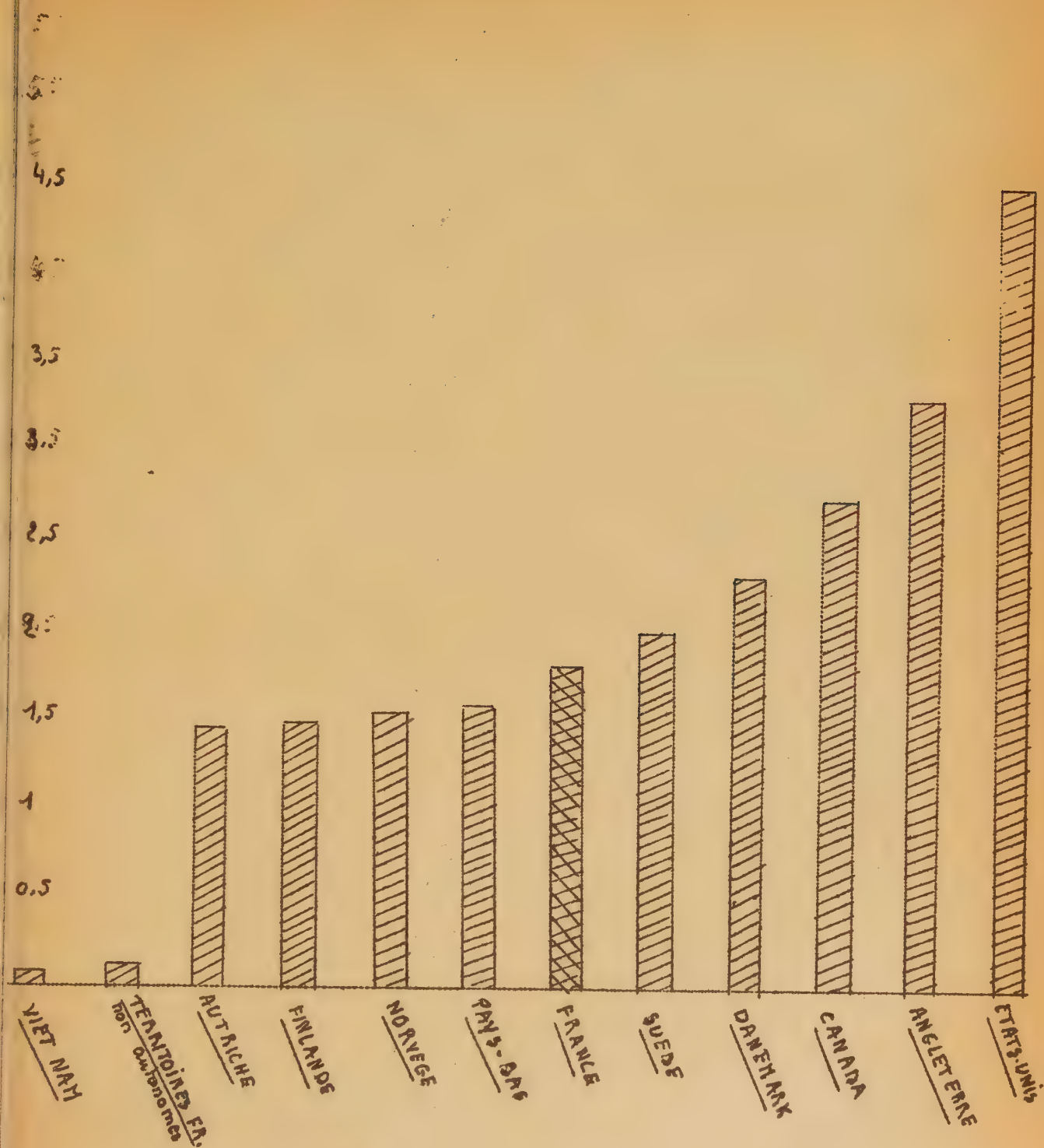


CONSOMMATION D'HEROINE - en Kg. / MILLION D'HABITANTS

ANNEE 1952

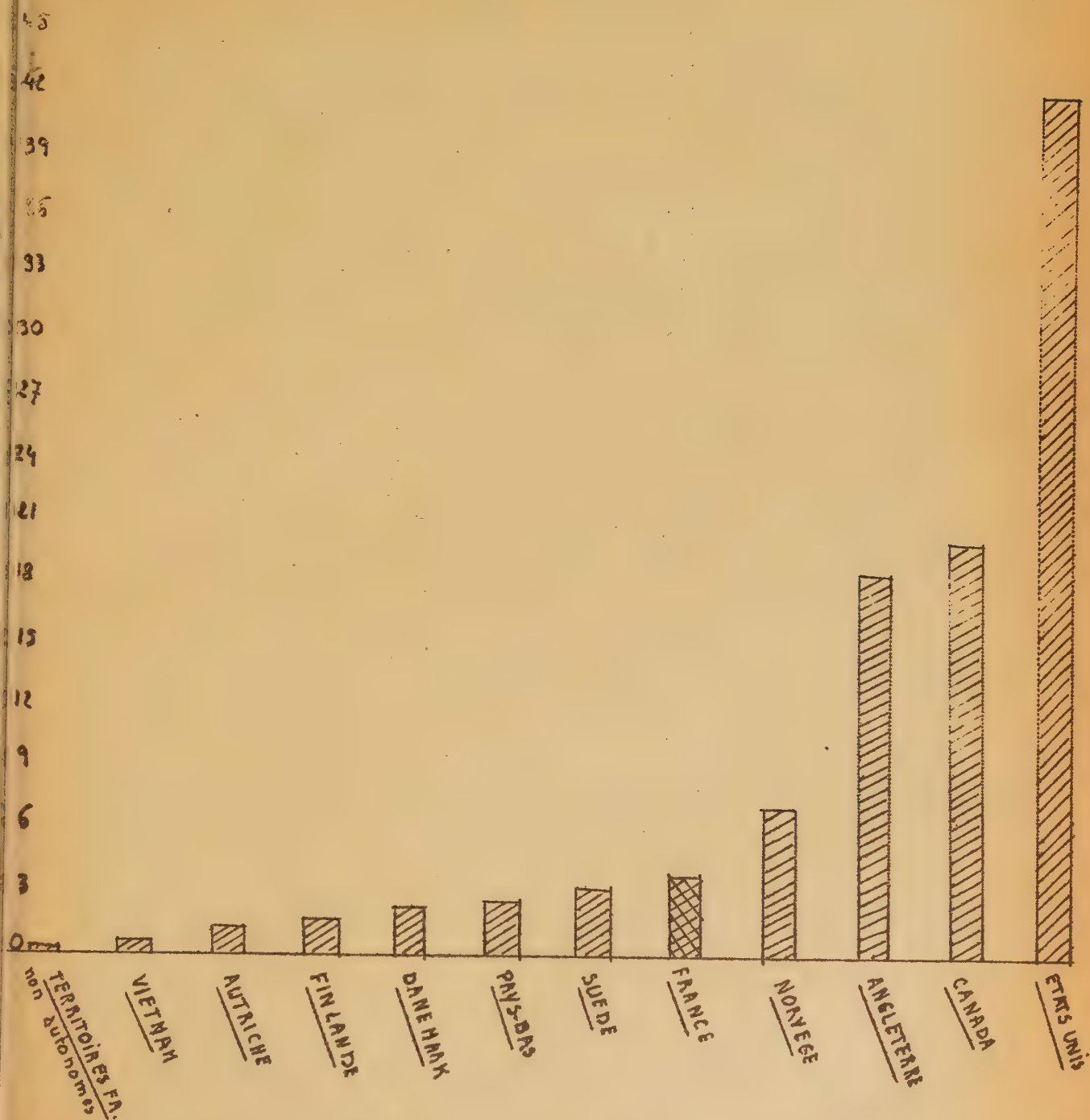
million d'habitants

-26-



CONSOMMATION DE COCAINE - en Kg./ MILLION D'HABITANTS

ANNEE 1952



CONSOMMATION DE PETHIDINE - EN Kg./ MILLION D'HABITANTS

ANNEE 1952



A l'opposé de la France, d'autres peuples payent un lourd tribut aux drogues. Environ 400 millions d'Asiatiques fument l'opium; en Chine 30 à 60% de la population mâle est atteinte; au Pérou et en Bolivie un peu plus de deux millions d'individus mastiquent la feuille de coca.

Ces chiffres donnent une idée de l'étendue des ravages qui se produisent lorsque le contrôle des stupéfiants manque d'efficacité et de sévérité.

2/ ATTEINTE DE LA SANTE PHYSIQUE :

1°) Troubles divers engendrés par les drogues en général:

L'abus des substances toxiques amène à échéance plus ou moins lointaine divers troubles organiques dont la précocité d'apparition et l'intensité dépendent des facteurs suivants :

- a) la durée de l'intoxication
- b) la dose atteinte
- c) la voie d'introduction choisie

Le fumeur s'intoxique moins vite que le mangeur d'opium - les techniques les plus nocives restant les injections, et au premier chef, les intra-veineuses.

- d) la drogue adoptée

L'héroïne, la morphine et la cocaïne comptent parmi les plus dangereuses et occasionnent les ravages les plus profonds.

D'une manière générale, elles diminuent le potentiel vital du toxicomane, ce qui se traduit par un amaigrissement progressif dû, en partie, à l'anorexie et aux troubles gastro-intestinaux.

La pâleur, l'asthénie et l'insomnie manquent rarement, ainsi que les troubles génitaux, tels que l'impuissance et l'aspermie chez l'homme, l'aménorrhée et la frigidité chez la femme.

2°) Troubles particuliers à certaines drogues :

Divers désordres organiques sont spéciaux à certaines drogues. Ainsi les injections de cocaïne provoquent des palpitations cardiaques douloureuses, une congestion faciale intense et une grande agitation psychomotrice.

Le chlorhydrate de Péthidine, produit des bourdonnements d'oreille, des céphalées, des mictions involontaires, des vertiges avec chutes, des polynévrites sensitivo-motrices et des phénomènes convulsifs, simulant des crises d'épilepsie. On observe également des convulsions pseudo-épileptiques

chez les sujets qui absorbent de grosses doses de maxiton.

Les dérivés de la codéine (l'eubine en particulier), altèrent moins l'état général que la majorité des autres stupéfiants, mais ils occasionnent plus volontiers des perturbations du transit intestinal, qui se manifestent alternativement par une constipation opiniâtre ou des débâcles diarrhéiques. La stase colique et les troubles entéritiques favorisent par la suite l'installation d'un dolichocolon.

Le barbiturisme chronique peut être à l'origine de symptômes neurologiques cutanés et viscéraux. Les troubles neurologiques sont variés : névrites, paralysies oculaires, nystagmus, dysarthrie, syndrome de Parkinson, algies multiples et troubles de l'équilibration.

Du prurit, des érythèmes scarlatiniformes ou morbilliformes, des dermites bulleuses ont été décrits, ainsi que des signes urinaires : oligurie ou polyurie, glycosurie, albuminurie avec ou sans cylindrurie.

3°) Terminaison des grands états toxicomaniaques :

Des grands états toxicomaniaques, résulte une profonde altération de l'état général : les troubles organiques s'accroissent progressivement et aboutissent à une véritable déchéance physique et mentale, (en moins de dix ans avec la cocaïne, plus rapidement encore avec l'héroïne).

Quelques toxicomanes semblent toutefois échapper à cette fin déplorable et chez eux l'intoxication reste à l'état "latent" : le sujet continue à mener une vie en apparence normale, brillante parfois, sans que son entourage décèle le moindre désordre dans son comportement. Rares en France, ces cas sont l'apanage de "petits" toxicomanes qui emploient des substances dont l'accoutumance n'est pas nette et qui ont réussi à ne pas augmenter les doses.

4°) Outre les effets toxiques qui viennent d'être énumérés, l'abus des drogues provoque fréquemment des accidents locaux auxquels se surajoutent, de temps à autre, des phénomènes infectieux parfois fort graves.

La cocaïne, en prise nasale, provoque en moins d'un an une perforation de la cloison nasale dans sa partie cartilagineuse. Les injections répétées de drogues laissent à la longue des stigmates irréfutables. Chez les toxicomanes introduisant l'héroïne, la morphine, le dolosal, etc... par voie intraveineuse, une sclérose extensive débute au pli du coude puis atteint progressivement de nombreuses veines superficielles. Celles-ci se transforment en un tube rigide, indolore, roulant sous le doigt, recouvert de téguments de couleur nacré, brillante, visible à jour frisant et en lumière ultraviolette.

Par voie intra-veineuse les abcès sont rares et ne se développent que lorsqu'il y a fausse route. Ils se rencontrent plus fréquemment quand les drogues sont injectées en intramusculaires et en sous-cutanées.

Les mauvaises conditions d'hygiène dans lesquelles les piqûres sont faites, expliquent les phénomènes infectieux. Le matériel utilisé, les produits injectés ne sont pas stériles. Aucune précaution d'aseptie n'est prise.

Vers 1928, une grave épidémie de paludisme s'est répandue de cette façon en Egypte, propagée par les seringues dont différentes personnes se servaient successivement sans les désinfecter entre temps.

Les produits ajoutés aux drogues causent, eux aussi, des complications infectieuses.

En injection sous-cutanée, le laudanum non stérile et contenant du safran, a provoqué des abcès escarifiants de très grande étendue, accompagnés de fusées purulentes provoquant des délabrements importants.

Des accidents plus graves sont possibles : le tétanos, en particulier, qui causa la mort de neuf prostituées sur un groupe de trente intoxiquées au laudanum.

3/ ATTEINTE DE LA SANTE MENTALE :

1) ACTION DES DIFFERENTES DROGUES SUR LE PSYCHISME :

Toutes les drogues qu'emploient les toxicomanes agissent sur leur état mental et modifient très nettement leur comportement.

Cette action psychique commune à tous les produits utilisés, varie avec chacun d'eux.

Au début, l'opium donne une sensation d'euphorie, de bienveillance. Il plonge le sujet dans une rêverie contemplative, "le bonheur au repos", entrecoupée d'hallucinations visuelles; le fumeur demeure immobile, recherche le silence et l'obscurité. Bientôt la tendance hypnotique du poison se fait sentir. Par la suite, l'usage régulier de ce stupéfiant amène chez l'opiomane un état d'indifférence, de désorientation, une abolition de la volonté.

Comme l'opium, la morphine et ses dérivés sont des substances euphorisantes. Le malade qui en use devient insensible à la douleur, son imagination s'exalte, l'idéation devient aisée. Il n'existe toutefois ni délire ni hallucination.

Mais après cette première phase, la morphine ne produit plus d'effets agréables; les injections répétées empêchent le sujet de souffrir de l'absence du poison, elles

retardent l'apparition de l'état de besoin. Par contre, des troubles psychiques vont se développer. Le jugement et l'auto-critique s'affaiblissent, l'affectivité disparaît, le morphinomane devient paresseux et perd tout sens moral.

Avec la cocaïne, les effets psychiques initiaux sont quelques peu différents. Elle procure une euphorie active "le bonheur en mouvement". L'individu ressent un besoin irrésistible d'activité physique et intellectuelle, son affectivité et son imagination se trouvent accrues. Souvent aussi, il devient impulsif, instable, même agressif.

Après quelques semaines ou quelques mois, le cocaïnomanie entre dans la deuxième phase de l'auto-intoxication, caractérisée par des hallucinations de tous genres : auditives, tactiles et surtout visuelles.

Des phobies peuvent apparaître ainsi que des délires de persécution; le malade qui se croit épié, poursuivi, menacé, est en proie à une terreur folle.

A la phase terminale, les bouffées confusionnelles, les délires systématiques ou oniriques persistent. Une déchéance intellectuelle plus accentuée que dans les autres toxicomanies suit la déchéance morale et se manifeste par des atteintes graves du jugement, de l'attention et de la mémoire. La personnalité de l'individu se désagrège. Il se constitue un véritable état dementiel, appelé parfois pseudo-paralysie générale cocaïnique.

La période initiale de l'intoxication par le Chanvre Indien est marquée par de l'ivresse et de l'excitation psychique. Par suite de l'inhibition des centres du self-contrôle le sujet ressent une gaieté exagérée, son imagination est débordante, ses sensations déformées, ses idées deviennent extravagantes; il a des hallucinations visuelles et auditives.

Puis la phase confusionnelle amène la dissociation des idées, à laquelle fait suite un état de fatigue se terminant par un sommeil béat.

Les stupéfiants de synthèse provoquent également des désordres psychiques bien mis en évidence par la description des cas d'intoxication par la péthidine.

Au début des injections, la malade éprouve un sentiment de bien être, avec fuite des idées. Lorsque les doses augmentent, une excitation psychique intense fait suite à ce "mollissement psychoorganique". Elle se traduit par des insomnies des bouffées anxieuses et de la confusion mentale.

Par la suite, une véritable psychose confusionnelle s'installe, caractérisée par l'instabilité, des hallucinations des troubles de la mémoire. Le bilan se solde par un déficit intellectuel important.

Les stupéfiants ne sont pas les seuls toxiques à déterminer des réactions psychiques.

Dans certaines circonstances, les barbituriques et les amines sympathomimétiques peuvent produire de semblables effets

Des substances telles que l'ortédrine, le maxiton prises à doses modérées, facilitent le travail intellectuel, augmentent la mémoire, rendent l'esprit plus lucide. Mais leur usage prolongé, et intempestif engendre un état de confusion mentale, de l'angoisse et des hallucinations variées.

Enfin, dans l'intoxication barbiturique, les troubles psychiques diffèrent selon la prédominance de l'action hypnotique ou excitante. Dans le premier cas, l'effet produit va de la simple obnubilation intellectuelle à la somnolence plus accentuée. Chez quelques narcomanes on a même noté un affaiblissement global de toutes les facultés mentales avec disparition de l'autocritique simulant la paralysie générale.

Lorsque les doses sont plus fractionnées, l'action excitante passe au premier plan, une sensation d'euphorie ^{apparaît} d'abord puis un besoin d'activité physique et mentale se fait sentir.

Si l'intoxication progresse, le sujet entre dans un état rappelant celui de l'alcoolisme chronique. L'activité est désordonnée, l'optimisme excessif, le jugement déficient, le malade devient irascible, jaloux et peut se livrer à des voies de fait tandis qu'entre les crises délirantes il existe un ralentissement idéo-moteur avec prostration.

A la dernière période les désordres mentaux s'accroissent et aboutissent à des délires oniriques ou à des états maniaques prolongés. Il faut noter, toutefois, que les troubles observés rétrocedent assez facilement après la suppression des barbituriques.

On peut donc conclure que toutes les drogues ont sur le psychisme des répercussions défavorables. La gravité de celles-ci dépend, en partie, du terrain mental préexistant; un déséquilibre antérieur n'étant pas de nature à améliorer le pronostic.

2) REACTIONS AMORALES DES TOXICOMANES - DELINQUANCE -

Sous l'effet de la drogue, le toxicomane arrive à commettre des actes délictueux et même des crimes.

Le haschichisme a été rendu responsable de vols, d'outrages aux mœurs et de multiples actes de violence; quantité de délits et de meurtres ont été imputés à l'héroïne.

Cette question fut particulièrement étudiée aux Etats-Unis où de nombreux auteurs estiment que l'héroïnomanie augmente la criminalité; on a trouvé parmi les détenus des prisons américaines un pourcentage relativement élevé de toxicomanes. Le Pénitencier de Leavenworth dénombrait en 1923, 299 toxicomanes sur 2.473 détenus. Celui d'Atlanta en comptait 338 sur 1.847 soit 18%.

Ces inculpés commettent parfois leurs forfaits sous l'action des stupéfiants. Mais l'état d'ivresse, d'exaltation ne doit pas toujours être invoqué pour atténuer la responsabilité des toxicomanes. Plus souvent encore, c'est le désir forcené d'obtenir de l'argent, afin de satisfaire leur besoin de drogues qui explique la raison de leur geste. Tout leur est bon, leurs ruses sont innombrables et ils ont recours à la simulation, aux faux, au chantage, à l'escroquerie ou au vol.

En France, le nombre des inculpations (toxicomanes et trafiquants) a subi les variations suivantes :

	1946	510 inculpations
	1947	492 "
	1948	773 "
	1949	586 "
	1950	559 "
	1951	381 "
	1952	340 "
En <u>Belgique</u> :	1951	20 "
En <u>Grèce</u> :	"	265 "
En <u>Italie</u> :	"	85 "
En <u>Angleterre</u> :	"	232 "
En <u>Suisse</u> :	"	27 "
En <u>Autriche</u> :	"	124 "
En <u>Egypte</u> :	"	2.924 condamnations
Au <u>Vietnam</u> :	"	320 inculpations
En <u>Afrique du Nord</u> :	1952	218 "
En <u>Amérique</u> :		

aux U.S.A.-en juin 1949 :

sur 18.531 détenus, 1759 purgent des peines infligées pour infraction à la loi fédérale sur les stupéfiants.

-en juin 1951 :

sur 19.681 détenus, 2441 (soit environ 12%) purgent des peines infligées pour infraction à la loi fédérale sur les stupéfiants.

4/ REPERCUSSIONS ECONOMIQUES ET SOCIALES :

Il est évident que les toxicomanies portent atteinte à la santé de l'individu et nuisent à son équilibre mental. Elles peuvent avoir également dans les contrées où elles sont très répandues des répercussions économiques et sociales. Elles abaissent la natalité en détournant des hommes jeunes de la procréation. En ruinant la santé des peuples, elles diminuent leur capacité de travail et rendent plus fréquents les accidents professionnels. La misère s'en trouve donc accrue.

:--:--:--:--:--:

IV:) PREVENTION - REPRESSION ET TRAITEMENT DES TOXICOMANIES :

1-/ PREVENTION :

A/ SUR LE PLAN LEGISLATIF :

a) contrôle international du trafic licite :

Les dangers des stupéfiants ne menacent pas toutes les nations avec la même acuité. Certaines sont déjà sérieusement atteintes, alors que pour d'autres le péril n'existe qu'en puissance.

Toutefois pour rendre la lutte efficace, il faut que les Etats unissent leurs efforts et prennent en commun les décisions qui s'imposent. Dans ce but furent signées différentes conventions.

Le problème de l'opium préoccupa d'abord les Gouvernements.

Par la suite, furent signées plusieurs Conventions ayant pour but de limiter la production des drogues aux besoins médicaux et scientifiques.

La "Convention Internationale" de Genève du 19 février 1925 oblige les Etats signataires à :

"édicter des règlements sévères et efficaces de contrôle intérieur, en imposant une autorisation pour se livrer à la fabrication et au commerce des stupéfiants.

"se conformer aux autorisations préalables pour les importations et les exportations.

"fournir au Comité Central Permanent de l'opium des statistiques annuelles relatives à la production à la fabrication, aux stocks et aux saisies, et des statistiques trimestrielles relatives aux importations et aux exportations.

Par la "Convention" du 13 Juillet 1931, les Etats signataires sont tenus de faire connaître leurs besoins en drogues, ces évaluations devant être soumises à l'organe de Contrôle.

Un projet fut établi pour placer sous le coup des conventions internationales tous les produits synthétiques reconnus par l'O.M.S. comme provoquant l'accoutumance et l'état de besoin.

Une "Conférence de l'opium" tenue en 1953 à New-York, limita les stocks d'opium et réduisit à sept le nombre des pays producteurs et exportateurs.

Chaque année la "Commission des stupéfiants" de l'O.N.U. étudie l'évolution de la situation dans le monde pour en tirer des conclusions pratiques.

b) contrôle du trafic licite national :

Le service Central de la Pharmacie du Ministère de la Santé Publique est chargé de l'application des Conventions internationales.

Il donne les autorisations de fabrication, contrôle les fabricants, les grossistes, les pharmaciens et les hôpitaux et surveille la délivrance des drogues.

Le Bureau des stupéfiants fournit :

- les statistiques au Comité Central Permanent de l'Opium
- le rapport général annuel à l'O.N.U.

c) Législation française :

Avant 1845, aucune législation française ne concerne les stupéfiants. Une loi du 19 juillet 1845 cite pour la première fois certaines règles de conduite visant les médecins, pharmaciens, vétérinaires etc..., car on s'était aperçu en effet, que le toxicomane pouvait obtenir des drogues dans les officines sans avoir recours à son médecin.

C'est à partir de cette époque que le marché noir des stupéfiants fit son apparition; des chimistes créèrent des laboratoires clandestins. La répression fut peu sévère jusqu'à l'apparition du décret du 14 septembre 1916, fixant la nomenclature des substances vénéneuses en instituant :

- le tableau A pour les produits toxiques
- " " " B " " " " stupéfiants
- " " " C " " " " dangereux

A partir de cette date, plusieurs décrets interviennent, en particulier celui du 20 mars 1930 qui adjoint au tableau B le laudanum, la teinture d'opium et les gouttes noires anglaises et celui du 28 août 1945, créant le Carnet à souches.

Enfin, le décret du 19 Novembre 1948, tout en aggravant les sanctions, a résumé la législation antérieure en ce qui concerne l'importation et l'exportation, la fabrication, la détention, l'étiquetage, l'achat, la vente, le transport et la délivrance des substances vénéneuses.

Les produits figurant au tableau B sont les plus surveillés. Leur fabrication qui ne peut s'opérer que dans les laboratoires agréés par le Ministère de la Santé Publique est l'objet d'une surveillance vigilante des Inspecteurs des Pharmacies, ainsi que des organismes de Police. Une comptabilité très stricte de ces produits est obligatoire. Ceux-ci doivent être renfermés dans une armoire spéciale, fermée à clef, dite "armoire des poisons".

Un registre dit "des Toxiques" est tenu au jour le jour dans les officines pharmaceutiques; sur celui-ci figurent toutes les opérations d'entrée et de sortie.

Une copie de chaque ordonnance est transcrite sur ledit registre avec le nom et l'adresse du médecin et du malade. L'ordonnance elle-même est conservée, mais le pharmacien est tenu d'en établir une copie au bénéficiaire.

B/ SUR LE PLAN MEDICO-SOCIAL :

1°) Prescriptions médicales :

a) Rédaction des ordonnances :

En vue de faciliter le contrôle, le médecin doit, lorsqu'il prescrit des substances du tableau B, respecter certaines règles.

Il lui faut :

- dater,
- signer,
- mentionner ses nom et adresse ainsi que ceux du malade
- énoncer en toutes lettres, les doses du médicament
- indiquer son mode d'administration

Les ordonnances seront rédigées sur des feuilles extraites du "Carnet à souches" dont le modèle est déterminé par le Ministère de la Santé Publique; sur la souche du Carnet figurera le nom et l'adresse du malade.

Le renouvellement des produits du tableau B est interdit.

Est également interdit à un médecin de prescrire des substances du tableau B pour une période supérieure à sept jours : le chevauchement habituel d'ordonnances est une infraction à la loi. Toutefois, dans certaines circonstances précises, le médecin peut, dans un intervalle inférieur à sept jours, renouveler une prescription de stupéfiants, après avoir pris soin d'inscrire sur cette seconde ordonnance la date de la première et la dose de médicament prescrite. En effet, une affection très douloureuse oblige parfois un malade à utiliser en moins d'une semaine, toute la provision d'antalgiques du tableau B dont il disposait; dans ce cas, afin de soulager les souffrances de son client, le médecin est autorisé à prescrire une nouvelle ordonnance de stupéfiants : ce chevauchement accidentel est toléré.

b) Prévention des toxicomanies thérapeutiques :

Pour éviter le développement des toxicomanies d'origine thérapeutique, le médecin s'efforcera de remplacer, dans la mesure du possible, les stupéfiants par d'autres analgésiques. Un grand nombre d'affections chroniques douloureuses peuvent être combattues efficacement par des thérapeutiques ne contenant pas de produits du tableau B; ce n'est qu'en cas d'échec de ces dernières, que le praticien se résoudra à utiliser les stupéfiants.

En vue de cure ambulatoire de désintoxication, certains toxicomanes viennent parfois demander la prescription de stupéfiants, qui en général, ne servent qu'à entretenir leur état; dans ce cas, le médecin servira, par son refus, l'intérêt des malades.

2°) Hygiène mentale pour la prévention des toxicomanies :

Avant de sombrer dans la toxicomanie, bon nombre d'individus sont déjà atteints de déséquilibre mental. Plutôt que de les laisser choisir des drogues comme remèdes à leurs maux souvent imaginaires, il faudrait faire bénéficier ces malades anxieux, instables, névrosés, d'une psychothérapie bien conduite.

Enfin, - et cette question ne peut être qu'abordée ici -, dans les pays où la misère est grande, l'amélioration des conditions de vie permettrait aux déshérités de s'offrir de saines distractions et leur ôterait le désir de trouver dans la drogue un oubli compensateur.

2-/ REPRESSION :

1°) Lutte contre le trafic illicite international :

La Convention du 26 juin 1936 a eu pour objet la répression du trafic illicite des drogues nuisibles; elle obligea les Gouvernements à promulguer des lois pour punir sévèrement les trafiquants.

La Commission Internationale de Police criminelle est chargée des interventions policières.

2°) Dans la Métropole, c'est le Service Central de Police de la Sûreté Nationale qui s'occupe des affaires de stupéfiants et prépare les rapports sur les saisies effectuées (stocks et matériel de laboratoire clandestins). En ce qui concerne le département de la Seine, la Brigade Mondaine de la Police Judiciaire exécute le même service.

L'Article 115 du décret du 25 Août 1952 prévoit une amende de 24.000 à 720.000 Frs. et un emprisonnement de six jours à deux mois pour les fabricants autorisés et les détenteurs de drogues qui n'auraient pas respecté les obligations

d'écriture ou de comptabilité prescrites par la loi.

L'Article 116 du même décret prévoit un emprisonnement de trois mois à cinq ans et une amende de 240.000 à 2.400.000 francs, tant pour les trafiquants que pour les toxicomanes qui se sont procuré des stupéfiants d'une manière illicite.

La tentative de ce délit est également punissable.

Une peine accessoire d'interdiction de séjour de cinq ans peut être encourue par le toxicomane.

En ce qui concerne les trafiquants, les tribunaux doivent prononcer en sus des peines d'emprisonnement et d'amende l'interdiction de séjour pour une période allant de cinq à dix ans.

D'après l'Article 117bis, institué par la loi du 24 décembre 1953 : "Les peines prévues à l'Article 116 seront doublées lorsque l'usage des dites substances aura été facilité à un mineur ou lorsque les dites substances auront été délivrées à un mineur dans les conditions prévues par l'Article 117.

L'Article 117 prévoit les mêmes peines contre tous ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives se seront fait délivrer ou auront tenté de se faire délivrer des substances vénéneuses

Cet article s'applique également à ceux, qui sont trouvés porteurs, sans motif légitime, de ces substances ou qui les auront délivrées sciemment sur présentation de ces ordonnances fictives.

L'Article 118 prévoit la confiscation des stupéfiants et du matériel clandestin.

Toutes ces mesures de répression, pour rigoureuses qu'elles soient ne peuvent être qualifiées de draconiennes. Pour s'en persuader, il suffit de comparer les sanctions prévues en France, avec celles appliquées à l'étranger : en Turquie et au Chili, la peine de mort a même été prononcée.

D'ailleurs pour être tant soit peu efficace, la législation doit être sévère. Aucun résultat ne sera obtenu si les trafiquants et les toxicomanes ne craignent pas de tomber sous le coup de la loi.

3-/ TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE :

1°) Cure de désintoxication :

S'il appartient aux tribunaux de juger les toxicomanes aux yeux du médecin ces sujets doivent rester des malades. Le rôle du praticien consistera donc à aider l'individu assujéti à la drogue à se libérer d'une servitude aussi inutile que nuisible.

C'est dans ce but, que le toxicomane sera soumis à une cure de désintoxication.

Centres spécialisés :

Les cures peuvent se faire selon plusieurs modalités :

- soit à domicile
- soit dans une maison de santé ou dans un service hospitalier libres
- soit dans un service hospitalier ou une maison de santé fermés et placés sous le régime de la loi du 30 juin 1838.

La cure à domicile reste la plus malaisée. Dans son foyer le malade, plus disposé à commander qu'à obéir, n'est qu'imparfaitement surveillé par son entourage, aussi use-t-il de subterfuges nombreux pour s'y soustraire.

Cette méthode, pour réussir, demande du malade un très grand effort de volonté qu'un toxicomane est souvent incapable de fournir. La cure à domicile est par conséquent, formellement contre-indiquée et ne sera réservée qu'à des cas exceptionnels lorsque le départ en maison de santé ne pourra absolument pas avoir lieu.

La cure en maison de santé libre n'est guère à recommander non plus, car le toxicomane peut en sortir dès que bon lui semble. De plus, les "fuites" sont fréquentes, le personnel doit y être étroitement surveillé; il est difficile enfin d'y parer à toutes les supercheries.

La méthode des cures réalisées dans un service fermé, spécialisé, est, en définitive, bien préférable. Elle empêche les sorties prématurées et permet à la fois des soins médicaux attentifs et le dépistage des fraudes toujours possibles. Pendant le temps que dure son internement le toxicomane est considéré comme n'importe quel malade d'un hôpital psychiatrique et soumis à la même étroite surveillance.

Techniques employées :

La cure de désintoxication s'opère de trois manières différentes : brusque, rapide ou lente.

Le choix de ces différentes techniques dépend en partie, de la résistance du toxicomane, de son âge, de la dose atteinte et de la durée de l'intoxication.

La méthode brusque laisse au toxicomane un souvenir pénible, ce qui n'est pas toujours un inconvénient, mais elle exige une surveillance médicale rigoureuse, afin d'éviter les accidents du sevrage tels que : le collapsus, ou des crises d'agitation aiguë. Cette méthode, par conséquent,

doit n'être employée que dans les centres spécialisés: hôpitaux psychiâtriques, maisons de santé et infirmeries psychiâtriques.

En prison, des soins médicaux insuffisants rendent possibles des catastrophes.

Le sevrage brusque ne doit s'adresser qu'à des malades jeunes, indemnes de tares organiques et récemment intoxiqués à dose modérée.

La méthode lente semble la plus mauvaise car inefficace. C'est trop souvent une façon dissimulée d'entretenir la toxicomanie.

Pour beaucoup d'auteurs, la méthode rapide est la meilleure. Elle se pratique ainsi : d'emblée, la dose est réduite de la moitié ou du tiers, puis on diminue chaque jour de moitié la dose de la veille; le sevrage complet s'effectue en cinq à huit jours. On réduit en même temps que les doses le nombre des injections.

Le sévrage "par paliers" se rapproche de cette méthode rapide.

La diminution des doses pendant la cure se fera plus ou moins rapidement suivant les troubles observés, (angoisse, insomnie, vomissements, diarrhées, algies multiples, etc...)

"Ces troubles sont constants et leur atténuation indique que la désintoxication est un leurre" (Pr. HEUYER et L. MICHAUX).

A la fin de la cure, le sevrage total plonge le sujet dans une angoisse torturante durant un ou deux jours. C'est pendant cette période que le médecin doit résister obstinément aux supplications de son malade.

C'est la diminution des doses de toxique qui demeure l'essentiel du traitement; cependant d'autres thérapeutiques "d'appoint" gardent leur utilité et rendent le sevrage moins pénible. Il vaut mieux laisser le malade au lit surtout pendant les phases critiques. La balnéation a des effets sédatifs - elle favorise l'élimination du toxique ainsi que les purgations quotidiennes au sulfate de sodium. Les tonicardiaques, tels que l'huile camphrée ou la spartéine, rendent d'utiles services. L'emploi de la vitamine B a été préconisé. Pour faciliter le sommeil, on peut administrer des barbituriques; de même l'éphédrine ou le maxiton servent à augmenter le tonus physique du sujet. Avec ce dernier médicament, on veillera à ne pas engendrer une toxicomanie de remplacement.

Pour calmer l'hypervagotonie due au sevrage, on a employé la scopolamine et la pilocarpine.

La calcithérapie, les vitamines D sont des thérapeutiques adjuvantes. Les cures de sommeil autorisent un sevrage très rapide, elles effacent en grande partie les réactions pénibles; l'insulinothérapie a le même rôle, mais doit être surveillée de très près.

L'intensité des troubles du sevrage dépend non seulement de la résistance du sujet et de son degré d'intoxication, mais surtout de la drogue employée. L'état de besoin est le plus accentué avec l'héroïne et la morphine.

Les cocaïnomanes supportent aisément le sevrage, la méthode brusque reste pour eux la meilleure, mais les récidives sont fréquentes, aussi l'isolement sera de longue durée.

Le haschich ne donnant pas d'accoutumance nette, son sevrage est facile.

Dans l'intoxication aux barbituriques, les troubles dus à la suppression du toxique sont rares. Celle-ci doit donc être totale d'emblée.

Les cures de désintoxication effectuées correctement par le médecin et le malade, aboutissent en général à un résultat immédiat satisfaisant. Aussi l'Article 117ter inséré dans le Code de la Pharmacie par la loi du 24 décembre 1953, rend-t-il obligatoire la cure de désintoxication dans un établissement spécialisé pour les toxicomanes inculpés.

Article 117ter : "Les personnes reconnues comme faisant usage "de stupéfiants et inculpées d'un des délits prévus aux art. "116 et 117, pourront être astreintes, par ordonnance du juge "d'instruction, à subir une cure de désintoxication dans un "établissement spécialisé, dans les conditions qui seront fixées par règlement d'administration publique pris sur le rapport du Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, et du Ministre de la santé publique et de la population, sur avis conforme d'une commission dont la composition sera fixée par "arrêté conjoint des deux ministres précités."

Dans le traitement des toxicomanies, le sevrage n'est qu'une première étape. Le sujet désintoxiqué n'est pas définitivement guéri, il faut surveiller sa convalescence, prévenir les récidives, assurer enfin sa réadaptation sociale.

2°) Prévention des récidives :

a) Réadaptation sociale du toxicomane :

Après la cure, l'isolement du malade doit se prolonger encore (six mois, un an, parfois plus pour certains sujets) pour l'empêcher de retrouver le milieu dans lequel il vivait. La réadaptation du toxicomane réussit mieux quand celui-ci est soustrait à l'ambiance déprimante qui l'entourait avant son entrée en clinique.

Un changement de milieu s'impose par conséquent, il permet une rupture plus complète avec le passé et soustrait le malade au prosélytisme de ses anciens compagnons. Dans cet ordre d'idées, il y a intérêt aussi, quand cela est réalisable, à apprendre au toxicomane un métier différent de celui qu'il exerçait antérieurement, de manière à lui offrir un genre de vie nouveau.

Quoiqu'il en soit, l'oisiveté est toujours nocive et rend les récidives plus fréquentes. Toute activité, si minime soit-elle, est donc utile.

b) Action sur les "facteurs étiologiques" de la toxicomanie :

Si les causes de la toxicomanie subsistent, les récidives seront fatales. C'est pourquoi le médecin s'efforcera de lutter contre les douleurs morales ou physiques qui ont poussé son patient à utiliser des drogues. Quand il y a lieu et dans la mesure du possible, il faut substituer aux stupéfiants des antalgiques ne provoquant pas l'accoutumance, mais apportant cependant un soulagement appréciable.

On tentera la psychothérapie pour agir sur le fond psychique spécial du toxicomane. La psychanalyse et la narcoanalyse parviendront peut être à lutter contre le déséquilibre mental du sujet.

En grande partie, le pronostic de la réadaptation dépend du terrain préexistant.

Ainsi la guérison du toxicomane est un travail de longue haleine. Le sujet désintoxiqué doit être suivi longtemps.

Par une surveillance médicale adroite et compréhensive, on peut espérer réduire le nombre des échecs et des récidives encore assez important.

:--:--:--:

CONCLUSION

=====

A la fin de cette étude, il convient d'insister sur la multiplicité des problèmes que soulèvent les toxicomanies.

Nous avons envisagé successivement l'influence qu'avaient sur ces dernières, différents facteurs sociaux.

Le nombre des sujets abusant des drogues varie dans des proportions considérables, selon les races. En Extrême-Orient, en Asie Mineure, en Amérique du Sud, le développement des toxicomanies a pris l'ampleur d'un véritable fléau. Toutes les classes sociales sont atteintes, avec même une prédilection pour les plus déshéritées (paysans, ouvriers).

En revanche, dans les pays de civilisation occidentale, les toxicomanes restent rares et ne représentent qu'une infime partie de la population. Ils se rencontrent presque exclusivement dans les villes où les approvisionnements en stupéfiants et le prosélytisme se réalisent avec plus de facilité. Dans ces mêmes pays, les dernières guerres portent la responsabilité d'un important pourcentage d'intoxications chroniques faisant, pour la première fois, connaître à des blessés les effets des drogues.

Pour l'individu pris en particulier, certains facteurs jouent également un rôle assez important.

Si, dans la race jaune par exemple, les hommes surtout, utilisent l'opium, en France la consommation des toxiques n'est guère influencée par le sexe. L'âge par contre, présente un intérêt plus évident : exception faite des adolescents faisant usage du maxiton ou de produits similaires, on a remarqué que les toxicomanies touchaient les sujets de plus de vingt ans, et dans l'ensemble, atteignaient plus précocement les femmes.

La profession aussi paraît inciter quelques sujets à utiliser les drogues. C'est ce qui se produit parfois dans les milieux artistiques ou médicaux.

Quant à l'origine des toxicomanies, elle varie à l'infini.

En Asie, en Amérique du Sud, des étiologies communes interviennent surtout : coutumes ancestrales, religieuses, misère sociale, surproduction de stupéfiants...

Dans nos pays, il existe pour chaque individu de multiples raisons personnelles de céder au mirage des drogues; les plus fréquemment invoquées restent les souffrances physiques ou morales de toutes sortes, l'inadaptation sociale, le désœuvrement, le prosélytisme.

Enfin, le terrain psychique doit être pris en considération : un déséquilibre mental étant un facteur important qu'une thérapeutique de désintoxication bien comprise ne doit pas négliger

On a montré les répercussions médico-sociales fort graves des toxicomanies. Les drogues ruinent la santé de l'individu, corrompent sa moralité, diminuent sa capacité de travail et parviennent souvent à lui faire perdre toute dignité humaine.

Emus par ces faits, de nombreux gouvernements ont réuni des Commissions chargées d'étudier les problèmes posés et d'édictier des conventions dans le but de réprimer le trafic illécite des stupéfiants.

Notre pays demeure légèrement atteint par le mal. Toutefois, la situation pourrait peut-être se modifier si les mesures prises devenaient moins sévères. Soulignons donc leur efficacité

Quant aux médecins, il leur incombe une tâche importante: il leur faudra évidemment déjouer les innombrables ruses des toxicomanes avérés qui essaieront de leur extorquer des drogues, bien que, avec le Carnet à souches, les fraudes deviennent plus difficiles. Mais les Praticiens veilleront surtout à ne pas développer chez des sujets qui souffrent, des toxicomanies d'origine médicale. Pour ce faire, ils essaieront d'abord tous les antalgiques efficaces avant de se résigner à l'emploi des stupéfiants.

La menace, que représente l'usage intempestif des drogues, réclame une étroite collaboration de tous les organismes responsables; si, chez nous, le péril ne doit pas être exagéré, les ravages qui toutefois pourraient se produire, sont trop sérieux pour que toutes les mesures de prévention ne soient pas appliquées.

:--:--:--:

BIBLIOGRAPHIE

Ch. VAILLE et G. STERN :

- "contribution à l'étude des toxicomanies"
(Annales pharmaceutiques françaises - Tome VIII)
- "Vingt ans de contrôle international des stupéfiants"
(Annales de médecine sociale N°68 - Aout 1949)
- "Réglementation des substances vénéneuses -
Les toxicomanies "
(Editions du Creuset 1946)

Pr. A. POROT :

- "Les toxicomanies - Etudes médico-sociales" 1945

P.O. WOLFF :

- "Quelques aspects actuels de la toxicomanie"
(Journées thérapeutiques de Paris 1950)

Pr. HEUYER et L. MICHAUX :

- "Traitement de l'accoutumance et du sevrage"
(Journées thérapeutiques de Paris 1950)

Annales de médecine légale :

- N°6 - Novembre et Décembre 1949 -

Bulletin des stupéfiants (O.M.S.)

- Vol. 5 n°2 - Avril-Juin 1953 -
- Octobre Décembre 1952 -

VAILLE et STERN :

- "Le problème des stupéfiants synthétiques"
(Presse médicale n° 33 1951)

Comité Central Permanent de l'opium :

- Rapport sur les statistiques des stupéfiants et les travaux du Comité de 1947 à 1952 .-

Evaluations du Monde en Stupéfiants :

- Document E/DSB 1953

Cahiers LAMNOC :

- Les stupéfiants n° 2 et 3 1953 ..

Abrégé de médecine légale :

- R.PIEDELIEVRE - L.DEROBERT - G.HAUSSER -

P. DESCLAUX - L.DEROBERT et R.F. KATZ

- 25ème Congrès de Médecine Légale, de Médecine Sociale et
de Médecine du Travail - Bordeaux - 11/14 Mai 1949

Thèse de G.DURIEUX :

- "Extension de l'intoxication par le Cannabis Sativa Linnaeus". Paris 1953 -

Thèse de R.GUITARD :

- "Contribution à l'étude des toxicomanies et cure de désintoxication chez les toxicomanes". - Paris 1946 -

:--:--:--:--:--:

VU :

Le Président de Thèse :

R. PIEDELIEVRE

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Léon BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH.

